

NASKAH AKADEMIK
RANCANGAN PERATURAN DAERAH
KABUPATEN DHARMASRAYA
TENTANG
PENYELENGGARAAN KESEHJATAN



TIM PENYUSUN NASKAH AKADEMIK
TAHUN 2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa kita persembahkan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayahNya, sehingga penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan diselesaikan sebagai bentuk komitmen Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Dharmasraya.

Penyusunan Naskah Akademik dilakukan sesuai dengan pedoman penyusunan naskah akademik berdasarkan 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. Penyusunan Naskah Akademik dilaksanakan dengan penelitian dan menampung masukan dari berbagai instansi dan masyarakat. Hal ini dilakukan sebagai proses penyusunan kebijakan publik, yang secara komprehensif perlu memperhatikan aspirasi dari berbagai pihak.

Lebih lanjut naskah akademik ini diperlukan untuk memastikan peraturan daerah yang akan ditetapkan nantinya telah memenuhi rasa keadilan dan kebutuhan masyarakat serta rancangan Peraturan Daerah yang dibentuk efektif, efisien, aspiratif, harmonis, dan selaras dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dengan mengakomodir nilai-nilai hak asasi manusia.

Akhir kata, tim ahli penyusun naskah akademik mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah terlibat aktif menyumbangkan pemikiran dan tenaganya dalam membantu penyusunan Naskah Akademik. Tim penyusun juga mengharapkan masukan, kritikan, saran untuk perbaikan Naskah Akademik sehingga dapat menjadi sempurna dan dapat memberikan sumbangsih bagi kemajuan masyarakat Kabupaten Dharmasraya.

Padang, September 2025

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	i
Daftar isi	ii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Identifikasi Masalah.....	6
C. Tujuan dan Kegunaan	6
D. Metode Penelitian	9

BAB II KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoretis	
1. Teori Kesejahteraan.....	11
2. Teori Perlindungan Hukum	18
3. Teori Otonomi Daerah.....	25
4. Tinjauan Umum Kesehatan	36
B. Kajian Terhadap Asas/Prinsip yang Terkait dengan Penyusunan Norma.....	78
C. Kajian terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada serta Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat	
1. Kajian terhadap Praktik Penyelenggaraan	84
2. Kajian terhadap Kondisi yang ada serta Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat...	106
D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru.....	191

BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

A. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945	197
B. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah	198

C. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	201
D. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	209
E. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional	221
F. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.....	222

BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

A. Landasan Filosofis	227
B. Landasan Sosiologis.....	229
C. Landasan Yuridis	232

BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN

A. Jangkauan dan Arah Pengaturan	241
B. Ruang Lingkup Materi Muatan	245

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.....	254
B. Saran	259

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak dasar yang dimiliki oleh setiap manusia. Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan untuk mencapai cita-cita bangsa Indonesia. Oleh karena itu, kesehatan merupakan komponen penting dan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan untuk mencapai cita-cita dan tujuan bangsa.

Pemenuhan hak atas kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia dimuat dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia sebagai dasar konsitusi Negara Indonesia. Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 berbunyi: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Selain dalam Pasal 28H, Kewajiban negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan juga dimuat dalam Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia yang menyatakan “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Hal ini menunjukkan bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan di Indonesia telah diatur dan diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 sebagai konstitusi tertinggi di negara ini.

Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan publik yang bersifat mutlak dan erat kaitannya dengan kesejahteraan masyarakat. Untuk semua pelayanan yang bersifat mutlak, negara dan aparturnya berkewajiban untuk menyediakan layanan yang bermutu dan

mudah didapatkan setiap saat. Oleh karena itu pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat.

Indonesia sebagai negara yang menganut konsep negara kesejahteraan bertanggung jawab terhadap permasalahan yang dihadapi oleh rakyat Indonesia khususnya permasalahan kesehatan. Bentuk tanggung jawab negara terhadap permasalahan kesehatan salah satunya diwujudkan dengan mengeluarkan kebijakan mengenai penyelenggaraan kesehatan. Kebijakan penyelenggaraan kesehatan di Indonesia pertama kali diwujudkan dengan lahirnya Undang-Undang Pokok Kesehatan Nomor 9 Tahun 1960, yang dicabut dan digantikan dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Kemudian Pada tahun 2009 Undang-Undang tersebut dicabut dan diganti dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan terakhir pada tahun 2023, dicabut dan digantikan dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang masih berlaku sampai saat sekarang.

Lahirnya Undang-Undang tentang kesehatan ini disertai dengan bermunculan peraturan perundang-undangan lain yang berkaitan dengan bidang kesehatan, seperti lahirnya Undang-Undang tentang Rumah Sakit, Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang tentang Farmasi, Undang-Undang tentang Narkotika, dan sebagainya. Lahirnya berbagai macam regulasi tersebut menunjukkan perhatian yang serius dari pemerintah dalam memenuhi hak masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Pemerintah sebagai penanggungjawab berjalannya pembangunan dan roda pemerintahan, bertanggungjawab untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan dapat dirasakan oleh seluruh masyarakat.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan upaya kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan

secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kewenangan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan bidang kesehatan dimuat dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang. Dalam Undang-Undang tersebut dinyatakan bahwa urusan pemerintahan bidang kesehatan merupakan urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Berdasarkan hal tersebut maka bidang kesehatan harus menjadi program prioritas bagi pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat.

Kabupaten Dharmasraya merupakan salah satu kabupaten di Sumatera Barat yang berada pada persimpangan jalur lintas Sumatera yang menghubungkan Padang, Pekanbaru hingga Jambi. Kabupaten Dharmasraya dengan ibu kota Pulau Punjung merupakan hasil pemekaran dari Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung dan diresmikan pada tanggal 7 Januari 2004. Sebagai kabupaten yang terbilang baru di Sumatera Barat, Kabupaten Dharmasraya telah mempunyai cukup banyak fasilitas kesehatan dalam menunjang pelayanan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya. Hingga saat ini telah terdapat dari 2 (dua) rumah sakit, 15 (lima belas) pusat kesehatan masyarakat, 43 (empat puluh tiga) puskesmas, dan 134 (seratus tiga puluh

empat) polindes dan poskeri. Selain itu, Pemerintah Daerah Kabupaten Dharmasraya juga telah melaksanakan program-program nasional di bidang kesehatan.

Efektif atau tidaknya upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah Kabupaten Dharmasraya kepada masyarakat Kabupaten Dharmasraya tentu tidak hanya bergantung kepada banyaknya jumlah fasilitas kesehatan dan pelaksanaan program saja, namun perlu didukung dengan sistem yang menyeluruh dan berkelanjutan, seperti akses yang merata, edukasi kesehatan, tenaga medis yang kompeten dan merata, dukungan pendanaan, serta jaminan kesehatan bagi masyarakat. Oleh karena itu, Pemerintah Kabupaten Dharmasraya perlu meningkatkan upaya kesehatan yang diberikan kepada masyarakat melalui penyelenggaraan kesehatan yang menyeluruh dan berkelanjutan sesuai dengan kewenangan di bidang kesehatan yang diberikan oleh peraturan perundang-undangan.

Untuk menyelenggarakan kewenangan menjalankan urusan pemerintahan yang diberikan oleh undang-undang tentang pemerintahan daerah kepada daerah, Pemerintah Daerah dapat membentuk peraturan daerah. Peraturan daerah memuat materi muatan penyelenggaraan otonomi Daerah dan Tugas Pembantuan dengan memuat materi muatan lokal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sejalan dengan hal itu maka dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang menjadi kewenangan pemerintah daerah, Pemerintah Daerah Kabupaten Dharmasraya dapat membentuk suatu peraturan daerah tentang penyelenggaraan kesehatan dalam rangka menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sehingga pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara maksimal dan menjangkau kondisi khusus daerah.

Dalam melaksanakan pembentukan peraturan daerah, Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas

Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, menyatakan secara tegas bahwa dalam penyusunan rancangan peraturan daerah, perlu didahului dengan sebuah pengkajian yang mendalam yang tertuang dalam suatu naskah akademik.

Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan memberikan pengertian dari naskah akademik yakni naskah hasil penelitian atau pengkajian hukum dan hasil penelitian lainnya terhadap suatu masalah tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah mengenai pengaturan masalah tersebut dalam suatu rancangan undang-undang, rancangan peraturan daerah provinsi, atau rancangan peraturan daerah kabupaten/kota sebagai solusi terhadap permasalahan dan kebutuhan hukum masyarakat.

Secara akademis, naskah akademik pada prinsipnya sangat penting dan dibutuhkan untuk pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik. Pentingnya naskah akademik dalam setiap rancangan peraturan perundang-undangan karena dalam naskah akademik itulah akan ditemui dasar-dasar kebenaran ilmiah baik secara filosofis, sosiologis maupun yuridis suatu aturan yang akan ditetapkan.

Berdasarkan hal diatas maka mengingat pentingnya pengaturan mengenai penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya dalam suatu peraturan daerah, maka penyusunan rancangan peraturan daerah tersebut perlu diawali dengan penyusunan naskah akademik yang merupakan hasil pengkajian hukum dan hasil penelitian mengenai kondisi penyelenggaraan, permasalahan serta kondisi Kabupaten Dharmasraya.

Dengan dibentuknya Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan ini, diharapkan upaya pembangunan kesehatan di Kabupaten

Dharmasraya dapat berjalan optimal dengan adanya pelayanan kesehatan yang maksimal bagi masyarakat. Selain itu keberadaan dari Peraturan Daerah ini hendaknya dapat meningkatkan kualitas akses masyarakat dalam pelayanan kesehatan yang bermutu, mudah, merata dan terjangkau serta meningkatkan pembangunan dan pengembangan sarana dan prasarana pendukung kesehatan, serta menjadi solusi dari permasalahan pelayanan kesehatan yang terjadi di Kabupaten Dharmasraya

B. Identifikasi Masalah

Dalam rangka memberikan landasan ilmiah untuk penyusunan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan, maka dalam Naskah Akademik ini dilakukan pengkajian dan penelitian yang mendalam mengenai berbagai permasalahan seperti:

1. Permasalahan yang dihadapi oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Dharmasraya mengenai Penyelenggaraan Kesehatan.
2. Kedudukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan sebagai dasar pemecahan masalah tersebut.
3. Pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan .
4. Sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan dari Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan.

C. Tujuan dan Kegunaan

Dari bahasan yang telah diuraikan di atas dapat dikemukakan kedudukan Naskah Akademik adalah sebagai berikut:

1. bahan awal yang memuat gagasan tentang urgensi, pendekatan, luas lingkup dan materi muatan peraturan perundang-undangan;

2. bahan pertimbangan yang digunakan dalam prakarsa penyusunan peraturan perundang-undangan; dan
3. bahan dasar bagi penyusunan peraturan perundang-undangan.

Naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan secara umum bertujuan untuk:

1. Menghimpun data, informasi, keterangan bahan-bahan yang lebih komprehensif tentang Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan sehingga muatan materi Rancangan Peraturan Daerah tersebut akan lebih akurat dan dapat diterima masyarakat sehingga dapat berlaku untuk jangka waktu yang panjang;
2. Untuk mendengarkan pendapat, masukan dari berbagai pihak/komponen masyarakat yang berkenaan dengan Penyelenggaraan Kesehatan sehingga materi yang akan diatur sudah melalui perdebatan publik yang layak;
3. Untuk mencari dan menemukan dasar filosofis pengaturan materi tentang Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan, sehingga cita hukum keadilan, demokrasi, partisipasi dalam pembentukan Peraturan Daerah dapat terwujud;
4. Untuk mendapatkan dasar pembenaran secara sosiologis Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan sehingga rancangan peraturan daerah yang akan dibentuk tidak hanya merekam sesaat gejala yang ada serta keinginan dan harapan yang muncul.
5. Untuk menemukan dasar yuridis yang benar tentang Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan,

sehingga rancangan peraturan daerah yang akan dibentuk mempunyai dasar berlaku yuridis.

6. Selain itu, keberadaan Naskah Akademik dapat menjadi sumber inspirasi bagi perancang agar memenuhi kriteria akademis sehingga lebih akuntabel. Sementara bagi legal drafter Naskah Akademik diperlukan khususnya dalam rangka formulasi norma-norma hukum apa yang ingin diatur dalam suatu Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan.

Naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan secara khusus bertujuan untuk:

1. Merumuskan permasalahan yang dihadapi Pemerintah Daerah Kabupaten Dharmasraya mengenai Penyelenggaraan Kesehatan.
2. Merumuskan kedudukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan sebagai dasar pemecahan masalah yang dihadapi oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Dharmasraya
3. Merumuskan pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan.
4. Merumuskan sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan

Dan pada akhirnya kegunaan penyusunan Naskah Akademik Penyelenggaraan Kesehatan ini adalah sebagai acuan atau referensi penyusunan dan pembahasan Rancangan Peraturan Daerah.

D. Metode Penelitian

Menurut Peter Mahmud dalam bukunya yang berjudul “Penelitian Hukum” terdapat beberapa pendekatan yang dapat digunakan dalam penelitian hukum, yaitu pendekatan undang-undang (statute approach), pendekatan kasus (case approach), pendekatan historis (historical approach), pendekatan komparatif (comparative approach), dan pendekatan konseptual (conceptual approach)¹. Penyusunan Naskah Akademik menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 pada dasarnya merupakan suatu kegiatan penelitian sehingga digunakan metode penyusunan Naskah Akademik yang berbasiskan metode penelitian hukum atau penelitian lain.

Penelitian hukum dapat dilakukan melalui metode yuridis normatif dan metode yuridis empiris. Metode yuridis empiris dikenal juga dengan penelitian sosiolegal. Metode yuridis normatif dilakukan melalui studi pustaka yang menelaah (terutama) data sekunder yang berupa peraturan perundang-undangan, putusan pengadilan, perjanjian, kontrak, atau dokumen hukum lainnya, serta hasil penelitian, hasil pengkajian, dan referensi lainnya. Metode yuridis normatif dapat dilengkapi dengan wawancara, diskusi (focuS group discussion), dan rapat dengar pendapat. Metode penelitian lainnya adalah metode yuridis empiris atau sosiolegal yakni penelitian yang diawali dengan penelitian normatif atau penelaahan terhadap peraturan perundang-undangan (normatif) yang dilanjutkan dengan observasi yang mendalam serta penyebaran kuesioner untuk mendapatkan data faktor non hukum yang terkait dan yang berpengaruh terhadap peraturan perundang-undangan yang diteliti.

Penyusunan naskah akademik ini pada prinsipnya menggunakan metode penelitian yuridis empiris. Penelitian hukum yuridis empiris sangat berguna untuk menemukan bagaimana suatu aturan hukum berlaku di tengah masyarakat atau

¹ Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Kencana Jakarta, Edisi I, 2005, hal. 93-94.

bagaimana masyarakat memberlakukan suatu aturan hukum². Dalam konsep penelitian ini tidak melihat hukum sebagai suatu yang statis, melahirkan dinamis sesuai dengan masyarakat serta memandang hukum sebagai suatu gejala sosial yang tunduk kepada hukum dan konsep-konsep sosial.

Penyusunan naskah akademik ini diawali dengan penelitian secara normatif terhadap peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan ketentuan mengenai Penyelenggaraan Kesehatan, hal ini juga diikuti dengan penelitian terhadap data hukum sekunder dan tersier. Data hukum sekunder, yaitu berupa bahan yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer, seperti rancangan undang-undang, hasil-hasil penelitian, atau pendapat pakar hukum dan data hukum tersier, yaitu bahan yang memberikan petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder seperti kamus hukum dan ensiklopedia.

Kemudian penelitian naskah akademik dilanjutkan dengan observasi yang mendalam serta penyebaran kuesioner untuk mendapatkan data faktor non hukum yang terkait dan yang berpengaruh terhadap permasalahan Penyelenggaraan Kesehatan di Kabupaten Dharmasraya. Setelah melewati tahapan penelitian tersebut kemudian naskah akademik dirumuskan secara final sebagai kerangka acuan dalam pembentukan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan.

² ibid

BAB II

KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoretis

Naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah kabupaten/kota adalah naskah hasil penelitian atau pengkajian hukum dan hasil penelitian lainnya terhadap suatu masalah tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah mengenai pengaturan masalah tersebut dalam suatu Rancangan Peraturan Daerah kabupaten/ kota, sebagai solusi terhadap permasalahan dan kebutuhan hukum masyarakat. Sebagai sebuah kajian ilmiah, sudah barang tentu naskah akademik didukung oleh berbagai teori hukum dan juga teori lainnya yang relevan sebagai pisau analisis guna memperkuat argumen terhadap hal yang diteliti atau dikaji. Dalam penelitian hukum landasan teoretis berguna :³

1. untuk mendukung argumentasi hukum dalam pembahasan permasalahan;
2. untuk mempertinggi derajat konsensus dalam upaya memperoleh kebenaran dalam ilmu hukum;
3. sebagai penanda suatu karya ilmiah berbentuk skripsi, tesis atau disertasi;
4. sebagai arahan (guidance) dalam mengumpulkan bahan hukum primer, sekunder ataupun tersier.

Ada asumsi menyatakan, bahwa suatu penelitian, maka teori atau kerangka teoritis mempunyai beberapa kegunaan. Kegunaan tersebut paling sedikit mencakup hal-hal, sebagai berikut :⁴

- a. Teori tersebut berguna untuk lebih mempertajam atau mengkhususkan fakta yang hendak diselidiki atau diuji kebenarannya.

³ I Made Pasek Diantha, *Metodologi Penelitian Hukum Normatif Dalam Justifikasi Teori Hukum*, Prenada Media Group, Jakarta, 2016, hlm 113.

⁴ Soerjono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, Universitas Indonesia Press: Jakarta, 1986, hlm 121

- b. Teori sangat berguna di dalam mengembangkan sistem klasifikasi fakta, membina struktur konsep-konsep serta memperkembangkan definisi-definisi.
- c. Teori biasanya merupakan suatu ikhtisar dari pada hal-hal yang telah diketahui serta diuji kebenarannya yang mengangkut objek yang diteliti.
- d. Teori memberikan kemungkinan pada prediksi fakta mendatang, oleh karena itu telah diketahui sebab-sebab terjadinya fakta tersebut dan mungkin faktor-faktor tersebut akan timbul lagi pada masa-masa mendatang.
- e. Teori memberikan petunjuk-petunjuk terhadap kekurangan-kekuarangan pada pengetahuan peneliti.

Salah satu fungsi penting teori adalah memberikan penjelasan tentang gejala-gejala, baik bersifat alamiah maupun bersifat sosial. Pemenuhan fungsi itu tidak hanya dilakukan dengan mengemukakan, melukiskan gejala-gejala, melainkan disertai dengan keterangan tentang gejala tersebut baik dengan membandingkan, menghubungkan, memilah-milah, atau mengkombinasikannya. Hal ini menegaskan bahwa fungsi teori adalah menjelaskan keterkaitan antara kajian teoritis dengan hal-hal yang sifatnya empiris.⁵

Berangkat dari hal tersebut, maka dalam penyusunan naskah akademik ini akan menggunakan teori sebagai berikut:

1. Teori Kesejahteraan

Grand theory Kesejahteraan yaitu Welfare State menurut Bentham, mempromosikan gagasan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menjamin the greatest happiness (atau welfare) of the greatest number of their citizens. Bentham menggunakan istilah “utility” (kegunaan) untuk menjelaskan konsep kebahagiaan atau kesejahteraan. Berdasarkan prinsip utilitarianisme yang ia

⁵ <https://firdinata.wordpress.com/2011/09/25/fungsi-teori/> diakses tanggal 5 mei 2025.

kembangkan, Bentham berpendapat bahwa sesuatu yang dapat menimbulkan kebahagiaan ekstra adalah sesuatu yang baik. Sebaliknya, sesuatu yang menimbulkan sakit adalah buruk.⁶

Kesejahteraan menurut united nations development program (UNDP): Kesejahteraan didefinisikan sebagai kemampuan untuk memperluas pilihan- pilihan dalam hidup, antara lain dengan memasukkan penilaian “adanya partisipasi dalam pengambilan keputusan publik”.⁷

Kesejahteraan menurut BAPPENAS: Kesejahteraan didefinisikan sebagai kondisi dimana seseorang atau sekelompok orang, laki- laki dan perempuan mampu memenuhi hak- hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat.⁸

Kesejahteraan menurut UUD 1945: Kesejahteraan didefinisikan sebagai kondisi dimana seseorang atau sekelompok orang, laki-laki dan perempuan mampu memenuhi hak-hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat.⁹

Kesejahteraan menurut world bank: Kesejahteraan yang didefinisikan adalah kehilangan rasa kemiskinan. Dengan menggunakan ukuran batas kemiskinan PPP (Purchasing Power Parity) US \$ perkapita perhari, yaitu nilai tukar yang menunjukkan daya beli mata uang di suatu negara, untuk membeli barang dan jasa yang sama di negara lain. Contoh sederhananya adalah apabila di Indonesia seseorang membeli beras seharga Rp. 13.000 per liter, sementara di negara lain satu liter beras dengan kualitas yang sama harganya 1 (satu) US\$, dengan nilai tukar biasa

⁶ Oman Sukmana, “Konsep dan Desain Negara Kesejahteraan (*Welfare State*)”, *Jurnal Sospol*, Vol 2 No.1 (2016), 103

⁷ UNDP-Indonesia, diakses Rabu, 16 Mei 2025.

⁸ Bappenas-Indonesia, diakses Rabu, 16 September 2020.

⁹ Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945.

artinya Rp. 16.000, tetapi dengan pengertian nilai tukar seperti itu, maka orang di Indonesia yang membeli beras dianggap telah membelanjakan 1 US\$, walaupun hakikatnya hanya mengeluarkan uang Rp. 13.000.¹⁰

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia disebutkan bahwa “Sejahtera” berarti “aman, sentosa dan makmur; selamat (terlepas) dari segala macam gangguan, kesukaran dan sebagainya.” Dengan demikian kesejahteraan adalah keadaan masyarakat yang sejahtera, yakni masyarakat yang aman, terpenuhi segala kebutuhannya dan jauh dari berbagai problem.¹¹ Sedangkan kesejahteraan menurut Undang – Undang No 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial pada pasal 1nya Kesejahteraan didefinisikan sebagai suatu kondisi terpenuhinya kebutuhan yang layak bagi masyarakat, sehingga mampu mengembangkan diri dan dapat melaksanakan fungsi sosialnya.

Kesejahteraan menurut pandangan masyarakat modern yaitu suatu kondisi dimana kebutuhan pokok seseorang dapat terpenuhi, baik itu kebutuhan makanan, pakaian, tempat tinggal, air minum yang bersih serta kesempatan untuk melanjutkan pendidikan dan memiliki pekerjaan yang layak yang dapat mengangkat derajat kualitas hidupnya sehingga bisa mempunyai status sosial terhadap warga lainnya. Kemudian, menurut pengertian Hak Asasi Manusia (HAM), kesejahteraan didefinisikan bahwa setiap laki laki maupun perempuan, pemuda dan anak kecil memiliki hak untuk hidup layak baik dari segi kesehatan, makanan, minuman, perumahan, dan jasa sosial, jika tidak maka hal tersebut telah melanggar HAM.¹²

¹⁰ Anis Ni’am Imana, “Implementasi Maqashid Syari’ah Sebagai Model Kebijakan Kesejahteraan Masyarakat Pemerintah Kota Malang Periode 2011- 2016”, *Al-Intaj* 5, no.2 (2019): 210.

¹¹ Waryono Abdul Ghafur, dkk (2012). *Interkoneksi Islam Dan Kesejahteraan Sosial: Teori, Pendekatan dan Studi Kasus*, Yogyakarta: Penerbit Samudra Biru, hal . 6.

¹² Ikhwani Abidin Basri (2005). *Islam dan Pembangunan Ekonomi*, Jakarta: Gema Insani Press,hal. 24.

Garda maeswara menjelaskan kesejahteraan merupakan rasa nyaman masyarakat karena terpenuhinya keinginan lahir dan batin. Kesejahteraan lahir meliputi kesejahteraan ekonomi sosial seperti kesejahteraan sandang, pangan, dan papan. Sedangkan kesejahteraan batin, itu yang bersifat emosional, intelektual, dan spiritual masyarakat.¹³

Kesejahteraan menurut Hatta, adalah peran hidup seseorang yang sederajat lebih tinggi dari kebahagiaan. Seseorang merasa hidupnya sejahtera apabila merasa bahagia, merasa tercukupi terhadap apa yang mungkin sudah dicapai dalam batasan hidupnya. Ia merasa jiwanya tentram baik itu lahir maupun batin dan merasa adanya keadilan dalam hidupnya, terlepas dari bahaya kemiskinan yang mengancam dan menyiksa.¹⁴

Konsep kesejahteraan sosial setidaknya dapat dibatasi menjadi sebuah bidang kajian akademik dan sebagai sebuah institusi sosial dalam sistem kenegaraan. NASW (National Association of Social Workers) sebuah organisasi pekerjaan sosial di Amerika, mendefinisikan social welfare sebagai sistem suatu negara yang berkenaan dengan program, keuntungan, dan pelayanan yang membantu masyarakat untuk menemukan kebutuhan sosial, ekonomi, pendidikan, dan kesehatan yang menjadi dasar bagi kelangsungan hidup mereka.¹⁵ Selanjutnya konsep negara kesejahteraan menggariskan bahwa negara memiliki peran sentral dalam menciptakan sebuah kondisi yang mendukung kesejahteraan bagi seluruh warga negaranya.¹⁶ Peran aktif pemerintah dalam memberikan akses yang adil terhadap

¹³ Ellyana Kusumawardhani (2014). *Pelaksanaan PNPM Mandiri dalam Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Desa Sidomukti Kecamatan Margoyoso, Pati*, Jurnal Ilmiah PPKN Ikip Veteran Semarang, Vol 2. No. 1, hal. 27-28.

¹⁴ Anwar Abbas (2010). *Bung Hatta dan Ekonomi Islam*, Jakarta: Kompas, hal. 161.

¹⁵ Chales Zhasstrow, *Introduction To Social Work And Social Welfare* (Belmont: Cengage Learning, 2010), 3.

¹⁶ V. Hadiyono, *Indonesia Dalam Menjawab Konsep Negara Welfare State dan Tantangannya*, *Jurnal Hukum Politik dan Kekuasaan*, Volume 1, Nomor 1, 2020, h. 27.

layanan pendidikan, perlindungan sosial, kesempatan ekonomi, hingga layanan kesehatan sejatinya menjadi upaya negara untuk menciptakan kesejahteraan bagi masyarakat.

Pada konsep welfare state, kesejahteraan tidak hanya dilihat sebagai hak masyarakat, namun juga menjadi kewajiban yang harus dipenuhi oleh negara kepada warga negara. Kewajiban negara untuk memberikan kesejahteraan bagi masyarakat sejatinya lahir dari keyakinan bahwa negara memiliki tanggung jawab moral untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan dasar tiap- tiap individu,¹⁷ dalam rangka memastikan kesejahteraan bagi rakyat, negara turut serta dalam menciptakan masyarakat yang lebih stabil, adil dan berkelanjutan serta memastikan bahwa setiap individu memiliki akses yang sama dalam menjalankan kehidupan bernegara. Oleh karenanya, kesejahteraan rakyat perlu menjadi salah satu landasan utama negara dalam mengembangkan kebijakan publik agar mampu meningkatkan angka kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh.

Negara dalam mengemban tanggung jawab yang besar dalam memberikan kesejahteraan kepada tiap warga negaranya, terdapat tiga langkah utama yang dapat dilakukan oleh negara dalam menciptakan kesejahteraan seperti halnya perlindungan sosial, pendidikan, dan layanan kesehatan.¹⁸ Pertama, upaya dalam memberikan perlindungan sosial dalam hal ini dapat dilakukan dengan menghadirkan program bantuan sosial bagi kelompok rentan, jaminan sosial, dan tunjangan untuk orang tua atau individu yang tidak mampu. Selain itu upaya perlindungan sosial juga dapat

¹⁷ Rijal Assidiw Mulyana, Peran Negara Untuk Mewujudkan Kesejahteraan Dalam Kerangka Maqashidus Syariah, *Jurnal Ekonomi Syariah dan Filantropi Islam, Volume 1 Nomor 2*, 2017, h. 167.

¹⁸ Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, *Perlindungan Sosial Indonesia : Tantangan dan Arah Ke Depan*, Jakarta: Direktorat Perlindungan dan Kesejahteraan Masyarakat Kementerian PPN/Bappenas, 2014, h. 8.

dilakukan dengan menciptakan lingkungan yang mendukung untuk mengadirkan lapangan kerja yang layak, melindungi hak-hak pekerja, serta mengurangi kesenjangan ekonomi dan sosial. Kedua, pada bidang pendidikan upaya negara dalam memberikan kesejahteraan dapat dilakukan dengan memastikan bahwa setiap orang memiliki kesempatan yang sama dalam bidang pendidikan, mulai dari sistem pendidikan yang berkualitas, program beasiswa dan pelatihan kerja yang dirancang untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan masyarakat sehingga dapat membuka peluang bagi pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan. Ketiga, pada bidang kesehatan kesejahteraan dapat dibangun melalui upaya negara menyediakan akses yang luas terhadap kesehatan seperti melakukan pembangunan fasilitas kesehatan, penyediaan obat-obatan yang terjangkau, serta menyusun program-program kesehatan yang efektif.

Kesehatan merupakan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat dan sebagai indikator pencapaian kemajuan pembangunan. Masyarakat yang sakit akan sulit mempertahankan kesejahteraan untuk dirinya sendiri. Sehingga pembangunan dan upaya dibidang kesehatan diharapkan dapat mencapai semua tingkat masyarakat dan tidak membedakan dalam penerapannya. Kesehatan menjadi indikator kesejahteraan dapat dilihat melalui angka harapan hidup, bisa atau tidaknya masyarakat melaksanakan kesehatan dan mampu atau tidaknya untuk mendanai sepenuhnya pengobatan yang diperlukan.

Ketiga langkah diatas, sejatinya dapat menjadi fondasi utama negara dalam menciptakan kesejahteraan rakyat. Melalui upaya-upaya pada bidang tersebut diharapkan negara dapat memastikan sejauh mana tersedianya akses yang adil terhadap peluang dan layanan yang dibutuhkan oleh setiap warga negara, sehingga hal ini dapat memudahkan negara untuk memfokuskan upayanya dalam memberikan

kesejahteraan sebab dapat lebih mudah di evaluasi sejauh mana tingkat pencapaian dan efektivitas dari akses yang diberikan kepada masyarakat.

Komitmen serius negara dalam meningkatkan kesejahteraan khususnya pada bidang kesehatan sejatinya terlihat dari serangkaian upaya progresif yang telah dilakukan. Pendanaan yang lebih besar dan pemfokusan pembangunan infrastruktur kesehatan menjadi upaya negara untuk memperluas akses terhadap layanan yang berkualitas bagi seluruh warga.¹⁹ Selain itu, upaya pemerintah dalam membentuk kebijakan dan regulasi yang mendukung seperti undang-undang yang komprehensif pun turut menjadi bagian dari langkah tegas negara dalam memberikan landasan hukum untuk menjaga serta meningkatkan standar layanan kesehatan di Indonesia.

2. Perlindungan Hukum

Menurut Fitzgerald sebagaimana dikutip Satjipto Raharjo awal mula dari munculnya teori perlindungan hukum ini bersumber dari teori hukum alam atau aliran hukum alam. Aliran ini dipelopori oleh Plato, Aristoteles (murid Plato), dan Zeno (pendiri aliran Stoic). Menurut aliran hukum alam menyebutkan bahwa hukum itu bersumber dari Tuhan yang bersifat universal dan abadi, serta antara hukum dan moral tidak boleh dipisahkan. Para penganut aliran ini memandang bahwa hukum dan moral adalah cerminan dan aturan secara internal dan eksternal dari kehidupan manusia yang diwujudkan melalui hukum dan moral.²⁰

Fitzgerald menjelaskan teori perlindungan hukum Salmond bahwa hukum bertujuan mengintegrasikan dan mengkoordinasikan berbagai kepentingan dalam

¹⁹ Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan, *Kajian Peningkatan Pelayanan Kesehatan Berkualitas Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Provinsi Papua dan Papua Barat*. Jakarta:Kementerian PPN/Bappenas, 2022, h. 2.

²⁰ Satjipto Raharjo, *Ilmu Hukum*, Bandung: PT. Citra Aditya Bakti, 2000, hal 53

masyarakat karena dalam suatu lalu lintas kepentingan, perlindungan terhadap kepentingan tertentu hanya dapat dilakukan dengan cara membatasi berbagai kepentingan di lain pihak. Kepentingan hukum adalah mengurus hak dan kepentingan manusia, sehingga hukum memiliki otoritas tertinggi untuk menentukan kepentingan manusia yang perlu diatur dan dilindungi. Perlindungan hukum harus melihat tahapan yakni perlindungan hukum lahir dari suatu ketentuan hukum dan segala peraturan hukum yang diberikan oleh masyarakat yang pada dasarnya merupakan kesepakatan masyarakat tersebut untuk mengatur hubungan perilaku antara anggota-anggota masyarakat dan antara perseorangan dengan pemerintah yang dianggap mewakili kepentingan masyarakat.²¹

Dengan hadirnya hukum dalam kehidupan bermasyarakat, berguna untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan kepentingan-kepentingan yang biasa bertentangan antara satu sama lain. Maka dari itu, hukum harus bisa mengintegrasikannya sehingga benturan-benturan kepentingan itu dapat ditekan seminimal mungkin. Pengertian terminologi hukum dalam Bahasa Indonesia menurut KBBI adalah peraturan atau adat yang secara resmi dianggap mengikat, yang dikukuhkan oleh penguasa ataupun pemerintah, undang-undang, peraturan, dan sebagainya untuk mengatur pergaulan hidup masyarakat, patokan atau kaidah tentang peristiwa alam tertentu, keputusan atau pertimbangan yang ditetapkan oleh hakim dalam pengadilan, atau vonis.²²

Pendapat mengenai pengertian untuk memahami arti hukum yang dinyatakan oleh Dr. O. Notohamidjojo, SH Hukum ialah keseluruhan peraturan yang tertulis dan tidak tertulis yang biasanya bersifat memaksa untuk kelakuan manusia dalam

²¹ Ibid hal 54

²² Tim penyusun Kamus Pusat Pembinaan dan pengembangan Bahasa, *Kamus Besar Bahasa Indonesia, Edisi kedua*, cet. 1, (Jakarta: Balai Pustaka, 1991) Hal 595

masyarakat negara serta antara negara yang berorientasi pada dua asas, yaitu keadilan dan daya guna, demi tata dan damai dalam masyarakat.²³

Menurut Prof. Mahadi, SH pengertian hukum seperangkat norma yang mengatur laku manusia dalam masyarakat. Menurut Soedjono Dirdjosisworo bahwa pengertian hukum dapat dilihat dari delapan arti, yaitu hukum dalam arti penguasa, hukum dalam arti para petugas, hukum dalam arti sikap tindakan, hukum dalam arti sistem kaidah, hukum dalam arti jalinan nilai, hukum dalam arti tata hukum, hukum dalam arti ilmu hukum, hukum dalam arti disiplin hukum.

Berbagai definisi yang telah di kemukakan dan di tulis oleh para ahli hukum, yang pada dasarnya memberikan suatu batasan yang hampir bersamaan, yaitu bahwa hukum itu memuat peraturan tingkah laku manusia.²⁴

Dalam kamus besar Bahasa Indonesia Perlindungan berasal dari kata lindung yang memiliki arti mengayomi, mencegah, mempertahankan, dan membentengi. Sedangkan Perlindungan berarti konservasi, pemeliharaan, penjagaan, asilun, dan bunker. Secara umum, perlindungan berarti mengayomi sesuatu dari hal-hal yang berbahaya, sesuatu itu bisa saja berupa kepentingan maupun benda atau barang. Selain itu perlindungan juga mengandung makna pengayoman yang diberikan oleh seseorang terhadap orang yang lebih lemah. Dengan demikian, perlindungan hukum dapat diartikan Perlindungan oleh hukum atau perlindungan dengan menggunakan pranata dan sarana hukum.

Namun dalam hukum Pengertian perlindungan hukum adalah Segala daya upaya yang di lakukan secara sadar oleh setiap orang maupun lembaga pemerintah, swasta yang bertujuan mengusahakan pengamanan, penguasaan dan pemenuhan

²³ Syamsul Arifin, *Pengantar Hukum Indonesia*, Medan:Medan area University Press,2012,Hal 5-6.

²⁴ Ibid.

kesejahteraan hidup sesuai dengan hak-hak asasi yang ada sebagaimana di atur dalam Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.²⁵

Dengan kata lain perlindungan hukum sebagai suatu gambaran dari fungsi hukum, yaitu konsep dimana hukum dapat memberikan suatu keadilan, ketertiban, kepastian, kemanfaatan dan kedamaian. Adapun pendapat yang dikutip dari beberapa ahli mengenai perlindungan hukum sebagai berikut:

1. Menurut Satjito Rahardjo perlindungan hukum adalah adanya upaya melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan suatu Hak Asasi Manusia kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya tersebut.
2. Menurut Setiono perlindungan hukum adalah tindakan atau upaya untuk Melindungi masyarakat dari perbuatan sewenang-wenang oleh penguasa yang tidak sesuai dengan aturan hukum, untuk mewujudkan ketertiban dan ketentraman sehingga memungkinkan manusia untuk menikmati martabatnya sebagai manusia.
3. Menurut Muchsin perlindungan hukum adalah kegiatan untuk melindungi individu dengan menyasikan hubungan nilai-nilai atau kaidah-kaidah yang menjelma dalam sikap dan tindakan dalam menciptakan adanya ketertiban dalam pergaulan hidup antara sesama manusia.
4. Menurut Philipus M. Hadjon Selalu berkaitan dengan kekuasaan. Ada dua kekuasaan pemerintah dan kekuasaan ekonomi. Dalam hubungan dengan kekuasaan pemerintah, permasalahan perlindungan hukum bagi rakyat (yang diperintah), terhadap pemerintah (yang memerintah). Dalam hubungan dengan kekuasaan ekonomi, permasalahan perlindungan hukum adalah perlindungan bagi si lemah (ekonomi) terhadap si kuat (ekonomi), misalnya perlindungan bagi pekerja

²⁵ <http://tesishukum.com/pengertian-perlindungan-hukum/> di akses pada tanggal 18 mei 2025.

terhadap pengusaha.²⁶

Pada dasarnya perlindungan hukum tidak membedakan terhadap kaum pria maupun wanita. Indonesia sebagai negara hukum berdasarkan pancasila haruslah memberikan perlindungan hukum terhadap warga masyarakatnya karena itu perlindungan hukum tersebut akan melahirkan pengakuan dan perlindungan hak asasi manusia dalam wujudnya sebagai makhluk individu dan makhluk sosial dalam wadah negara kesatuan yang menjunjung tinggi semangat kekeluargaan demi mencapai kesejahteraan bersama.

Selanjutnya Menurut R. La Porta dalam Jurnal of Financial Economics, bentuk perlindungan hukum yang diberikan oleh suatu negara memiliki dua sifat, yaitu bersifat pencegahan (prohibited) dan bersifat hukuman (sanction).²⁷ Bentuk perlindungan hukum yang paling nyata adalah adanya institusi-institusi penegak hukum seperti pengadilan, Kejaksaan, kepolisian, dan lembaga-lembaga penyelesaian sengketa diluar pengadilan (non-litigasi) lainnya. Perlindungan yang di maksud dengan bersifat pencegahan (prohibited) yaitu membuat peraturan , Sedangkan Perlindungan yang di maksud bersifat hukuman (sanction) yaitu menegakkan peraturan.

Adapun tujuan serta cara pelaksanaannya antara lain sebagai berikut :

1. Membuat peraturan ,yang bertujuan untuk :
 - a. Memberikan hak dan kewajiban
 - b. Menjamin hak-hak pra subyek hukum
2. Menegakkan peraturan Melalui :
 - a. Hukum administrasi negara yang berfungsi untuk mencegah terjadinya pelanggaran hak-hak dengan perizinan dan pengawasan.

²⁶ Asri Wijayanti, Op.cit., hal 10

²⁷ R. La Porta “ Investor Protection and Corporate governance” Jurnal Of financial Economics 58 (1 January) 2000

- b. Hukum pidana yang berfungsi untuk menanggulangi setiap pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, dengan cara mengenakan sanksi hukum berupa sanksi pidana dan hukuman.
- c. Hukum perdata yang berfungsi untuk memulihkan hak dengan membayar kompensasi atau ganti kerugian.²⁸

Pada perlindungan hukum di butuhkan suatu wadah atau tempat dalam pelaksanaanya yang sering disebut dengan sarana perlindungan hukum. Sarana perlindungan hukum di bagi menjadi dua macam yaitu sebagai berikut:

1. Sarana Perlindungan Hukum Preventif, Pada perlindungan hukum preventif ini, subyek hukum diberikan kesempatan untuk mengajukan keberatan atau pendapatnya sebelum suatu keputusan pemerintah mendapat bentuk yang definitif. Tujuannya adalah mencegah terjadinya sengketa. Perlindungan hukum preventif sangat besar artinya bagi tindak pemerintahan yang didasarkan pada kebebasan bertindak karena dengan adanya perlindungan hukum yang preventif pemerintah terdorong untuk bersifat hati-hati dalam mengambil keputusan yang didasarkan pada diskresi. Di indonesia belum ada pengaturan khusus mengenai perlindungan hukum preventif.
2. Sarana Perlindungan Hukum Represif, Perlindungan hukum yang represif bertujuan untuk menyelesaikan sengketa. Penanganan perlindungan hukum oleh Pengadilan Umum dan Peradilan Administrasi di Indonesia termasuk kategori perlindungan hukum ini. Prinsip perlindungan hukum terhadap tindakan pemerintah bertumpu dan bersumber dari konsep tentang pengakuan dan perlindungan terhadap hak-hak asasi manusia karena menurut sejarah dari barat, lahirnya konsep-konsep tentang

²⁸ Wahyu Sasongko, *Ketentuan-ketentuan pokok hukum perlindungan konsumen*, Bandar lampung: Universitas lampung, 2007, hal 31

pengakuan dan perlindungan terhadap hak-hak asasi manusia diarahkan kepada pembatasan-pembatasan dan peletakan kewajiban masyarakat dan pemerintah. Prinsip kedua yang mendasari perlindungan hukum terhadap tindak pemerintahan adalah prinsip negara hukum. Dikaitkan dengan pengakuan dan perlindungan terhadap hak-hak asasi manusia, pengakuan dan perlindungan terhadap hak-hak asasi manusia mendapat tempat utama dan dapat dikaitkan dengan tujuan dari negara hukum.²⁹

Perlindungan hukum di bidang kesehatan sangat luas dan mencakup berbagai aspek, mulai dari perlindungan terhadap tenaga medis dan kesehatan, hak-hak pasien, hingga pengaturan tentang pelayanan kesehatan secara umum. Perlindungan hukum dibidang kesehatanan diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Bentuk pembaharuan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 adalah terdapat penekanan perlindungan hukum bagi tenaga medis dan kesehatan, termasuk dari kekerasan, pelecehan, dan perundungan. Integrasi sistem informasi kesehatan nasional akan memudahkan akses publik terhadap data kesehatan tanpa mengurangi perlindungan data individu sebagaimana negara menjamin perlindungan diri pribadi dalam Pasal 28G Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pengobatan presisi akan ditingkatkan dengan teknologi biomedis, seperti sequencing genome, untuk memberikan terapi yang lebih tepat sesuai dengan riwayat genetik, lingkungan, dan gaya hidup masing-masing pasien. Kebijakan pemerintah pada UndangUndang Kesehatan juga berfokus pada layanan primer yang lebih mencegah daripada mengobati, dengan standar layanan primer dan laboratorium kesehatan masyarakat yang terstandarisasi di seluruh Indonesia.

Sebelum disahkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, perlindungan

²⁹ <http://suduthukum.com/2015/09/perlindungan-hukum.html> di akses 1 mei 2025.

terhadap tenaga kesehatan di Indonesia terbatas dan cenderung kurang efektif. Namun, dengan disahkannya Undang-Undang tersebut, perlindungan terhadap tenaga kesehatan menjadi lebih luas. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur bahwa tenaga kesehatan harus mematuhi standar profesi, etika, dan persyaratan pasien. Kemudian, apabila terjadi kesalahan yang berujung pada sengketa, langkah pertama adalah melaporkan ke Majelis Disiplin Profesi, yang keputusannya mengikat. Dalam hal dugaan tindak pidana, penyelesaian perselisihan lebih diutamakan melalui mekanisme keadilan restoratif.

Hal tersebut menunjukkan peningkatan signifikan dalam perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan. Perbedaan hak tenaga kesehatan pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 terletak pada penekanan dan penambahan aspek yang lebih rinci. Pada Undang-Undang Kesehatan yang terbaru terdapat penekanan yang lebih kuat pada aspek etika profesi, kebutuhan kesehatan pasien, dan perlindungan dari perlakuan tidak sesuai dengan nilai-nilai. Selain itu, terdapat penambahan substansi hak dan perlindungan yang mencakup gaji/upah, tunjangan kinerja, jaminan kesehatan, jaminan ketenagakerjaan, serta kesempatan untuk pengembangan diri. Penekanan pada hak untuk menghentikan pelayanan kesehatan menjadi tambahan pembaruan ketentuan yang cukup inovatif, di mana ketentuan pada undang-undang kesehatan terbaru memberikan tenaga kesehatan kekuatan dalam menolak tindakan yang melanggar prinsip etika dan kemanusiaan.

3. Otonomi Daerah

Otonomi Daerah merupakan pencerminan dari Demokrasi Pancasila diseluruh wilayah Indonesia. Cita-cita untuk memberikan otonomi secara lebih luas kepada daerah-daerah yang dianggap mampu untuk memaksimalkannya, sudah dipikirkan dan

direalisasikan sejak negara ini mulai dibentuk. Berbagai perangkat peraturan perundang-undangan telah dihasilkan untuk mewujudkan suatu otonomi daerah yang benar-benar efektif dan efisien.³⁰ Dalam banyak hal penyelenggaraan otonomi daerah membawa manfaat bagi masyarakat lokal, terutama mendorong tumbuhnya partisipasi mereka dalam bidang politik dan pemerintahan. Walaupun begitu dari segi lain, otonomi daerah juga menjadi sumber masalah yang menyebabkan fragmentasi dalam masyarakat. Karenanya agar penyelenggaraan otonomi daerah ini sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, pemerintah harus mengawasinya. Salah satu cara yang lazim digunakan untuk melaksanakan pengawasan ini adalah penguatan peran pemerintah dalam mengendalikan praktik otonomi daerah. Otonomi di tingkat lokal pada hakekatnya adalah untuk memperkecil intervensi pemerintah pusat kepada daerah. Dalam negara kesatuan (unitarisme) otonomi daerah itu diberikan oleh pemerintah pusat (central government), sedangkan pemerintah daerah hanya menerima penyerahan dari pemerintah pusat. Berbeda hanya dengan otonomi daerah di negara federal, dimana otonomi daerah sudah melekat pada negara-negara bagian.

Secara normatif, pelimpahan kewenangan pemerintah pusat kepada pihak lain (Pemerintah Daerah) untuk dilaksanakan disebut dengan Desentralisasi.³¹ Dalam sistem desentralisasi, sebagian kewenangan pemerintah pusat dilimpahkan kepada pihak lain untuk dilaksanakan, yang secara khusus, persoalan daerah dilimpahkan kepada pemerintahan di daerah. Hal inilah yang kemudian melahirkan istilah yang dikenal dengan "otonomi daerah". Yang disebut dengan otonomi daerah adalah perpaduan ide-ide desentralisasi dengan ide-ide demokrasi. Menurut Moh. Mahfud, otonomi

³⁰ Pipin Syarifin, *Hukum Pemerintahan Daerah, Cetakan Pertama*, Pustaka Bani Quraisy, Bandung, 2005, hlm 3.

³¹ Bhenyamin Hoessein, "*Jangka Panjang Desentralisasi Dalam Otonomi Daerah*", Disampaikan pada Diskusi Kebijakan Desentralisasi Dan Otonomi Daerah Dalam Jangka Panjang, Bappenas, 27 Nopember 2002)

merupakan pemberian kebebasan untuk mengurus rumah tangga sendiri, tanpa mengabaikan kedudukan pemerintah daerah sebagai aparat pemerintah pusat untuk menyelenggarakan urusan-urusan yang ditugaskan kepadanya.³²

Berbicara prinsip otonomi daerah perlu diketahui dulu makna substansial dari otonomi. Menurut David Held, otonomi secara substansi mengandung pengertian “Kemampuan manusia untuk melakukan pertimbangan secara sadar diri, melakukan perenungan-diri dan melakukan penentuan-diri, yang mana otonomi didalamnya mencakup kemampuan untuk berunding, mempertimbangkan, memilih dan melakukan (atau) mungkin tidak melakukan tindakan yang berbeda baik dalam kehidupan pribadi maupun kehidupan publik, dengan mencamkan kebaikan demokrasi”.³³ Menurut Bagir Manan mengenai prinsip-prinsip otonomi daerah dijelaskan dalam pasal-pasal baru pemerintahan daerah dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang membuat berbagai paradigma baru dan arah politik pemerintahan daerah yang baru pula. Hal-hal tersebut nampak pada prinsip-prinsip dan ketentuan-ketentuan berikut:³⁴

- a. Prinsip daerah mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan (Pasal 18 ayat (2)). Ketentuan ini menegaskan bahwa pemerintahan daerah adalah suatu pemerintahan otonom dalam negara kesatuan Republik Indonesia. Dalam pemerintahan daerah hanya ada pemerintahan otonom (termasuk tugas pembantuan). Dengan perkataan lain, ketentuan ini hanya mengatur otonomi.

³² Mahfud MD, 1998, *Politik Hukum Indonesia*, Jakarta: Pustaka LP3ES, hlm.93.

³³ David Held, 2004, “*Demokrasi dan tatanan Global*” dari *Negara Modern Hingga Pemerintahan Kosmopolit*, Yogyakarta, Pustaka Pelajar, Hlm. 180-181, sebagai mana telah dikutip ulang oleh M. Busrizalti, *Hukum Pemda Otonomi Daerah dan Implikasinya*, Total Media, Yogyakarta, 2013, hlm.90-91

³⁴ Bagir Manan, *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*, Cetakan kedua, PSH FH UII, Yogyakarta, 2002, hlm.7-17

- b. Prinsip menjalankan otonomi seluas-luasnya (Pasal 18 ayat (5)). Untuk menegaskan kesepakatan yang telah ada pada saat penyusunan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan menghindari pengebirian otonomi menuju sentralisasi, maka sangat tepat, pasal 18 yang baru menegaskan pelaksanaan otonomi yang seluas-luasnya. Daerah berhak mengatur dan mengurus segala urusan atau fungsi pemerintahan yang oleh undang-undang tidak ditentukan sebagai yang diselenggarakan pusat.
- c. Prinsip Kekhususan dan keragaman Daerah (Pasal 18 A, ayat (1)). Prinsip ini mengandung makna bahwa bentuk dan isi otonomi daerah tidak harus seragam (uniformitas). Bentuk dan isi otonomi daerah ditentukan oleh berbagai keadaan khusus dan keragaman setiap daerah.
- d. Prinsip mengakui dan menghormati kasatuan masyarakat hukum adat beserta hak-hak tradisionalnya (Pasal 18 B, ayat (2)). Yang dimaksud masyarakat hukum adat adalah masyarakat hukum (*rechtsgemeenschap*) yang berdasarkan hukum adat atau adat istiadat seperti desa, marga, nagari, gampong, meunasah, huta, negorij dan lain-lain. Kesatuan-kesatuan masyarakat hukum ini tidak hanya diakui tetapi dihormati, artinya mempunyai hak hidup yang sederajat dan sama pentingnya dengan kesatuan pemerintahan lain seperti kabupaten dan kota.
- e. Prinsip Mengakui dan menghormati pemerintahan daerah yang bersifat khusus dan istimewa (Pasal 18 B ayat (1)). Pasal 18 lama, menyebutkan: “hak asal usul dalam daerah-daerah yang bersifat istimewa”. Penjelasan menyebutkan bahwa daerah-daerah yang bersifat istimewa mencakup “*zelfbesturende landshappen*” (swapraja), dan “*volksgemeenschappen*” (desa, marga, dan lain-lain). Kalau demikian, yang dimaksud “Bersifat istimewa” adalah pemerintahan asli atau pemerintah bumiputra. Tidak ada daerah khusus. Dalam Pasal 18 B, perkataan “Khusus” akan memiliki

cakupan yang lebih luas, antara lain karena dimungkinkan membentuk pemerintahan daerah dengan otonomi khusus (Aceh, Irian Jaya).

- f. Prinsip Badan Perwakilan dipilih langsung dalam suatu pemilihan umum (Pasal 18 ayat 3). Dengan demikian tidak ada lagi keanggotaan DPRD yang diangkat.
- g. Prinsip hubungan pusat dan daerah harus dilaksanakan secara seluas dan adil (Pasal 18 A ayat (2)). Meskipun tidak ada satu ukuran tertentu mengenai hubungan yang adil dan selaras, prinsip ini menunjukkan, bahwa daerah berhak memperoleh secara wajar segala sumber daya untuk mewujudkan pemerintahan daerah yang mandiri.

Prinsip Otonomi daerah adalah sebuah prinsip mendasar yang digunakan untuk menjalankan sebuah kebebasan yang terbatas dalam suatu sistem penyelenggaraan pemerintahan sesuai dengan kepentingan dan kebutuhan masyarakat itu sendiri. Indonesia terdapat banyak sekali suku bangsa yang bersifat kekhususan dan keistimewaan sehingga dalam penyelenggaraan pemerintahan haruslah berdasarkan pada suatu prinsip otonomi daerah. Dalam kebebasan penyelenggaraan pemerintahan daerah juga harus sesuai dan tidak boleh bertentangan dengan pemerintahan di atasnya, yang telah memberikan kewenangan kepada daerah dibawahnya untuk menjalankan pemerintahan otonom yang sesuai dengan kepentingan dan kebutuhan warga masyarakatnya yang tidak bisa dijangkau pemerintah pusat. Semua ketentuan mengenai Prinsip Otonomi Daerah sendiri sudah diatur dalam konstitusi Indonesia yaitu Pasal 18 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Dalam sistem penyelenggaraan pemerintahan negara yang menganut prinsip pembagian kekuasaan secara vertikal, yaitu membagi kewenangan kepada pemerintah daerah bawahan dalam bentuk penyerahan kewenangan. Mengenai istilah pembagian telah pula dipergunakan dalam Pasal 18 ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik

Indonesia Tahun 1945 yang berbunyi:³⁵”Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah-daerah provinsi dan daerah-daerah provinsi dibagi atas kabupaten dan kota, yang tiap-tiap provinsi, kabupaten dan kota itu mempunyai pemerintahan daerah yang diatur dengan Undang-Undang”. Artinya, dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia terdapat provinsi-provinsi yang merupakan daerah-daerah bagiannya dan di tiap-tiap daerah provinsi terdapat pula kabupaten dan kota yang merupakan daerah bagian dari provinsi tersebut. Dimana setiap daerah baik provinsi maupun Kabupaten/Kota diberi kewenangan untuk mengatur rumah tangga nya sendiri serta membuat kebijakan-kebijakan sesuai dengan kebutuhan daerah tersebut, akan tetapi tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi. Adapun yang menjadi tujuan dalam pemberian otonomi daerah kepada pemerintah daerah dalam negara kesatuan Republik Indonesia adalah sebagai berikut :³⁶

- a. Peningkatan pelayanan masyarakat yang semakin baik;
- b. Pengembangan kehidupan demokrasi;
- c. Keadilan nasional
- d. Pemeratan wilayah daerah;
- e. Pemeliharaan hubungan yang serasi antara pusat dan daerah serta antar daerah dalam rangka keutuhan negara NKRI;
- f. Mendorong untuk memberdayakan masyarakat; dan
- g. Menumbuhkan prakarsa dan kreatifitas, meningkatkan peran serta masyarakat, mengembangkan peran dan fungsi Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

³⁵ Lihat Pasal 18 ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

³⁶ Siswanto Sunarno dalam Suharizal dan Muslim Chaniago, 2017, *Hukum Pemerintahan Daerah setelah Perubahan UUD 1945*, Thafa Media;Yogyakarta, hlm 55.

Dalam negara kesatuan, pemerintah daerah adalah subordinat terhadap pemerintah pusat.³⁷ Hubungan subordinasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah yang dilaksanakan melalui sistem penyelenggaraan pemerintahan dalam negara kesatuan dapat dibedakan dalam bentuk negara kesatuan dengan sistem sentralisasi dan negara kesatuan dengan desentralisasi. Konsep desentralisasi ini di Indonesia pada saat ini diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagai pengganti terhadap Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, yang merupakan sebuah penyempurnaan terhadap beberapa undang-undang terkait pemerintahan daerah yang telah ada sebelumnya. Undang-Undang ini mendorong timbulnya model pemerintahan daerah yang memberikan kewenangan yang lebih luas pada daerah sebagai daerah otonom dalam melaksanakan pemerintahan daerah. Dalam sistem ini, kekuasaan negara terbagi antara “pemerintah pusat” di satu pihak, dan “pemerintahan daerah” di lain pihak.

Pelaksanaan otonomi daerah tidak terlepas dari keberadaan Pasal 18 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pasal tersebut yang menjadi dasar penyelenggaraan otonomi, dipahami sebagai normatifikasi gagasan-gagasan yang mendorong pemakaian otonomi sebagai bentuk dan cara menyelenggarakan pemerintahan daerah. Otonomi yang dijalankan tetap harus memperhatikan hak-hak asal usul dalam daerah yang bersifat istimewa.

Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah merupakan penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan dewan perwakilan rakyat daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dalam Undang-Undang Nomor

³⁷M. Solly Lubis, 1982, *Asas-Asas Hukum Tata Negara*, Penerbit Alumni; Bandung, hlm 151

23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Dalam Pasal 1 Angka (6) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, dinyatakan bahwa:

Otonomi Daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah ini meletakkan titik berat otonomi daerah pada daerah kabupaten dan daerah kota, dengan tujuan untuk lebih mendekatkan fungsi pemberdayaan, pelayanan kepada masyarakat.

Terkait dengan prinsip otonomi daerah yang telah ditegaskan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, maka pemberian otonomi yang seluas-luasnya kepada Daerah diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat. Oleh karena itu, seluas apa pun otonomi yang diberikan kepada Daerah, tanggung jawab akhir penyelenggaraan Pemerintahan Daerah akan tetap ada ditangan Pemerintah Pusat. Untuk itu Pemerintahan Daerah pada negara kesatuan merupakan satu kesatuan dengan Pemerintahan Nasional. Sejalan dengan itu, kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan oleh Daerah merupakan bagian integral dari kebijakan nasional. Melalui Undang-Undang ini dilakukan pengaturan yang bersifat afirmatif yang dimulai dari pemetaan Urusan Pemerintahan yang akan menjadi prioritas Daerah dalam pelaksanaan otonomi yang seluas-luasnya. Melalui pemetaan tersebut akan tercipta sinergi kementerian/lembaga pemerintah nonkementerian yang Urusan Pemerintahannya didesentralisaskan ke Daerah.

Dengan adanya kewenangan luas yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan kebijakan Otonomi Daerah, maka Pemerintah Daerah mempunyai legitimasi yang cukup kuat untuk mengatur berbagai tindakan yang akan diambil dalam

melaksanakan berbagai rencana pembangunan di daerahnya yang meliputi berbagai macam sektor. Adanya kewenangan besar yang dimiliki Pemerintah Daerah telah menempatkan Pemerintah Daerah sebagai penguasa daerah dalam pengertian bahwa segala sesuatu yang ada atau terjadi di daerah haruslah disesuaikan dengan berbagai perencanaan Pemerintah Daerah, dan hal tersebut diatur dalam yakni Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang kemudian diinterpretasikan oleh Pemerintah Daerah.

Peraturan daerah memuat dan mengatur penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan, serta menampung kondisi khusus daerah dan/atau penjabaran lebih lanjut dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi seperti yang disebutkan dalam Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Dengan demikian, pembentukan peraturan daerah menjadi strategis dan penting karena faktor kekhususan daerah dan penjabaran perundang-undangan yang lebih tinggi.

Demi untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal dan merata di daerah, Pemerintah melalui Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah telah menyerahkan dan menetapkan urusan kesehatan yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah. Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan di Daerah Kabupaten/Kota yang diantaranya meliputi :

1. Upaya Kesehatan terhadap masyarakat yang meliputi pengelolaan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat, rujukan tingkat daerah serta penerbitan izin Rumah Sakit dan Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat daerah.
2. Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang meliputi Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan serta perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk upaya Kesehatan perorangan dan masyarakat Daerah kabupaten/kota.

3. Sediaan Farmasi, alat Kesehatan, dan makanan dan minuman meliputi Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal. Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT). Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga. Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga. Pengawasan post-market produk makanan-minuman industri rumah tangga.
4. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan meliputi Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kabupaten/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat kabupaten/kota.

Menurut Josef Riwu Kaho, faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan Otonomi Daerah untuk dapat melaksanakan tugas otonomi sebaik-baiknya, yaitu :

- a. Faktor manusia pelaksananya. Berhasil tidaknya pelaksanaan otonomi Daerah sebagian besar tergantung pada Pemerintah Daerah itu sendiri.
- b. Faktor keuangan daerah yang merupakan salah satu kriteria penting untuk mengetahui secara nyata kemampuan Daerah dalam mengatur dan mengurus rumah tangganya.
- c. Faktor peralatan sebagai penyelenggaraan aktifitas pemerintahan Daerah. Peralatan yang dimaksudkan hanya menyangkut perangkat keras (hardware), seperti gedung/ruang, peralatan perkantoran, alat komunikasi dan alat transportasi, dan sebagainya.
- d. Faktor organisasi dan manajemen. Faktor organisasi dan manajemen diperlukan agar daerah dapat/mampu mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri-sendiri.

Kemudian dalam praktik lapangannya. Implementasi desentralisasi kesehatan di era otonomi daerah dilakukan melalui :

1. Aspek kelembagaan dan kesiapan sumber daya manusia.

Pengembangan kelembagaan dan Sumber Daya manusia merupakan halhaldasar yang harus didiapkan sebelumnya. Lembaga yang terhubung harus dapat menguatkan segala kontrol dengan rutin melaksanakan evaluasi baik program maupun sumber daya yang ada.

2. Aspek finansial (pembiayaan kesehatan)

Dapat diketahui bahwa komitmen dalam pembangunan kesehatan ternyata masih lemah. Hal ini dapat dilihat dari besarnya alokasi APBD untuk sektor kesehatan yang tidak berubah antara sebelum dan setelah otonomi daerah. Bahkan pada awal otonomi daerah, alokasi untuk sektor kesehatan justru mengalami penurunan. Fakta di lapangan juga menunjukkan bahwa sektor kesehatan justru dijadikan sebagai sektor unggulan untuk meningkatkan PAD.

3. Aspek pelayanan kesehatan

Dalam aspek ini dapat dilihat bahwa kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh lembaga pemerintah dan pihak swasta sudah menunjukkan adanya perbaikan, meskipun masih ditemukan beberapa indikator yang masih belum mengalami perbaikan. Meskipun demikian, cakupannya masih belum merata terhadap seluruh warga masyarakat.

Adanya otonomi daerah khususnya pada bidang kesehatan ini memiliki banyak manfaat baik bagi pemerataan kesehatan masyarakat. Untuk itu, perlu adanya pengawasan yang ketat agar dalam praktiknya otonomi daerah ini dapat berhasil dan meningkatkan pelayanan pada masyarakat. Hal ini juga dapat membuktikan kecakapan kepala daerah dalam melaksanakan kewajiban bagi daerahnya. Pemisahan kekuasaan antara pemerintah pusat dan daerah memastikan fleksibilitas dan kemandirian dalam

pengelolaan daerah dan pengambilan keputusan yang lebih tepat disesuaikan dengan kebutuhan daerah. Pemerintah daerah juga mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam proses pembangunan, sehingga aspirasi masyarakat harus diperhatikan dan dipertimbangkan serta ditanggapi secara tepat oleh pemerintah daerah. Hal ini akan mengarah pada peningkatan taraf hidup masyarakat melalui pembangunan infrastruktur dan pelayanan publik yang lebih efektif dan berkualitas.

Selain itu, otonomi daerah mendukung pertumbuhan ekonomi daerah dengan memberdayakan pemerintah daerah untuk mengelola sumber daya ekonomi dan mengembangkan kebijakan yang tepat sesuai karakteristik daerah. Ini akan menciptakan peluang investasi, menciptakan lapangan kerja dan meningkatkan daya saing daerah. Dengan demikian, otonomi daerah berperan dalam memperkuat ekonomi daerah dan mengurangi ketergantungan mereka pada pemerintah pusat. Secara keseluruhan, otonomi daerah memiliki manfaat yang luas, termasuk pembagian kekuasaan, partisipasi masyarakat, peningkatan taraf hidup dan pertumbuhan ekonomi daerah.

4. Tinjauan Umum Kesehatan

a. Sejarah

Pengaturan perundang-undangan yang mengatur bidang Kesehatan sebelum lahirnya Undang-Undang 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan tersebar dalam beberapa peraturan perundang-undangan yaitu:

- 1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular
- 2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- 3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 4) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- 5) Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa

- 6) Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan
- 7) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- 8) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- 9) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- 10) Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional
- 11) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- 12) Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran
- 13) Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
- 14) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan.

Namun dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 ini maka beberapa undang-undang terkait Kesehatan dicabut, yaitu:

- a) UU No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan
- b) UU No. 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan
- c) UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
- d) UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- e) UU No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
- f) UU No. 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran
- g) UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- h) UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- i) UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- j) UU No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular

- k) Undang-Undang Nomor 419 Tahun 1949 tentang Ordonansi Obat Keras
(Staatsblad 1949 Nomor 419)

Sebelum terbitnya UU 17 Tahun 2023, terdapat beberapa permasalahan yang dihadapi oleh Indonesia terkait dengan penyelenggaraan kesehatan di Indonesia. Terlebih saat terjadinya COVID-19 yang melanda dunia sangat berdampak terhadap Sektor Kesehatan Indonesia sehingga diperlukan transformasi di bidang atau Sektor Kesehatan, yaitu:

- a) Pentingnya ketahanan sistem kesehatan yang melibatkan kementerian/lembaga, setiap orang sebagai individu, dan seluruh organisasi yang fokus utamanya pada upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif Kesehatan; dan
- b) Pentingnya penyesuaian kebijakan yang berdampak pada pembangunan konsep perubahan cara hidup masyarakat. Peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan yang ada saat ini masih memerlukan transformasi untuk dapat menyederhanakan pengaturan sebagai bentuk terobosan hukum.

Peraturan Perundang-undangan tentang kesehatan yang eksisting sebelum UU 17 Tahun 2023 diterbitkan, juga perlu dilakukan penyederhanaan dengan metode Omnibus Law. Hal ini menjadi jawaban dalam transformasi regulasi yang bertujuan dapat menyederhanakan pengaturan terkait kesehatan sebagai terobosan hukum dalam peningkatan ekonomi melalui metode omnibus law karena banyaknya regulasi di Indonesia, yang apabila diubah satu persatu akan membutuhkan waktu panjang. Melalui metode omnibus law, yaitu metode yang akan mengubah beberapa undang-undang dengan membentuk satu undang-undang baru yang kemudian diusulkan dengan memasukkan dalam agenda prioritas pemerintahan maka dapat diartikan Omnibus Law terkait dengan berurusan dengan berbagai obyek termasuk banyak hal atau memiliki

berbagai tujuan. Apabila digabungkan dengan kata law maka dapat dideskripsikan sebagai hukum untuk semua atau yang disebut dengan undang-undang “sapu jagat”.

Tujuan penggunaan Omnibus Law, yaitu

- a) Menghilangkan tumpang tindih antar peraturan perundangundangan;
- b) Efisiensi proses perubahan atau pencabutan peraturan perundang-undangan;
- c) Menghilangkan ego sektoral yang mengandung dalam berbagai peraturan perundang-undangan.

Hal ini tentu harus dilaksanakan sesuai atau selaras dengan Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundangundangan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Undang-Undang 17 Tahun 2023 sejatinya memuat substansi yang mendukung penyelenggaraan transformasi sistem Kesehatan, yaitu meliputi:

- a) penguatan tugas dan tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan pembangunan Kesehatan;
- b) sinkronisasi pengelolaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/ atau masyarakat;
- c) penguatan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan / atau paliatif, dengan mengedepankan hak masyarakat dan tanggung jawab pemerintah;
- d) penguatan Pelayanan Kesehatan primer dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif, memberikan layanan yang berfokus ke Pasien berdasarkan siklus kehidupan manusia, dan meningkatkan layanan di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan kepulauan serta bagi masyarakat rentan;

- e) pemerataan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk kemudahan akses bagi masyarakat melalui pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut oleh pemerintah ataupun masyarakat;
- f) penyediaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan melalui peningkatan penyelenggaraan pendidikan spesialis/subspesialis, transparansi dalam proses Registrasi dan perizinan, serta perbaikan dalam mekanisme penerimaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri melalui uji kompetensi yang transparan;
- g) penguatan peran Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan Perbekalan Kesehatan;
- h) penguatan ketahanan kefarmasian dan Alat Kesehatan melalui penyelenggaraan rantai pasok dari hulu hingga hilir;
- i) pemanfaatan Teknologi Kesehatan termasuk teknologi biomedis untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan Teknologi Kesehatan serta Pelayanan Kesehatan menuju pelayanan kedokteran presisi Precision medicine;
- j) penguatan Sistem Informasi Kesehatan termasuk kewenangan pemerintah untuk mengelola dan memanfaatkan data Kesehatan melalui integrasi berbagai Sistem Informasi Kesehatan ke dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional;
- k) penguatan kedaruratan Kesehatan melalui perbaikan tata kelola kewaspadaan, penanggulangan, dan pasca-KLB dan Wabah, termasuk pembagian peran dan koordinasi antarpemangku kepentingan serta penguatan antisipasi kondisi darurat dengan melakukan pendaftaran, pembinaan, dan mobilisasi tenaga cadangan Kesehatan;
- l) penguatan pendanaan Kesehatan khususnya pemanfaatan pendanaan yang

bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah melalui penyusunan alokasi anggaran berdasarkan prinsip penganggaran berbasis kinerja, penyelenggaraan sistem informasi pendanaan Kesehatan, serta menjamin manfaat dalam program jaminan kesehatan berbasis kebutuhan dasar Kesehatan; dan

m) koordinasi dan sinkronisasi kebijakan di bidang Kesehatan antarkementerian/ lembaga dan pihak terkait untuk penguatan sistem Kesehatan.

b. Peran negara

Tujuan penyelenggaraan kesehatan disebutkan dalam ketentuan Pasal 3 Undang-Undang Nomor 17 tentang Kesehatan, yaitu:

1. Meningkatkan perilaku hidup sehat.
2. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dan sumber daya kesehatan.
3. Meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia yang efektif dan efisien.
4. Memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.
5. Meningkatkan ketahanan kesehatan dalam menghadapi KLB atau wabah.
6. Menjamin ketersediaan pendanaan kesehatan yang berkesinambungan dan berkeadilan serta dikelola secara transparan, efektif, dan efisien.
7. Mewujudkan pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkelanjutan.
8. Memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi pasien, sumber daya manusia kesehatan, dan masyarakat.

Pemerintah dalam bidang kesehatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan mempunyai tanggung jawab sebagaimana yang diatur dalam

ketentuan Pasal 6 – Pasal 16 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Tanggung jawab tersebut dibedakan menjadi:

1. Tanggung jawab di bidang kesehatan oleh pemerintah pusat.
2. Tanggung jawab di bidang kesehatan oleh pemerintah daerah.

Tanggung Jawab di Bidang Kesehatan oleh Pemerintah Pusat

Pemerintah Pusat dimaksud adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Adapun tanggung jawab pemerintah pusat di bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Bertanggung jawab dalam merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Hal ini dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Bertanggung jawab dalam meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, yang dilakukan berdasarkan penelitian dan pengembangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau wabah, penanggulangan KLB atau wabah, dan pasca-KLB atau wabah.
4. Bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan yang sehat bagi masyarakat.
5. Bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat, sesuai dengan kewenangannya dapat memberikan insentif fiskal dan/atau insentif nonfiskal berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

6. Bertanggung jawab atas ketersediaan dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan serta informasi dan edukasi kesehatan.
7. Bertanggung jawab terhadap pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta peningkatan mutu dan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan.
8. Bertanggung jawab atas perencanaan, pengadaan, serta pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan wilayahnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
9. Bertanggung jawab terhadap kesejahteraan tenaga medis dan tenaga kesehatan.
10. Bertanggung jawab terhadap perlindungan kepada pasien dan sumber daya manusia kesehatan.
11. Bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.

Dalam hal bertanggung jawab atas perencanaan, pengadaan, serta pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan wilayahnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, pemerintah pusat dibantu oleh konsil dan/atau kolegium.

Tanggung Jawab di Bidang Kesehatan oleh Pemerintah Daerah

Pemerintah Daerah dimaksud adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan daerah yang menjadi kewenangan daerah otonom.

Adapun tanggung jawab pemerintah daerah di bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Bertanggung jawab dalam merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien,

merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Hal ini dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Bertanggung jawab dalam meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, yang dilakukan berdasarkan penelitian dan pengembangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau wabah, penanggulangan KLB atau wabah, dan pasca-KLB atau wabah.
4. Bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan yang sehat bagi masyarakat.
5. Bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat, sesuai dengan kewenangannya dapat memberikan insentif fiskal dan/atau insentif nonfiskal berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
6. Bertanggung jawab atas ketersediaan dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan serta informasi dan edukasi kesehatan.
7. Bertanggung jawab terhadap pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta peningkatan mutu dan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan.
8. Bertanggung jawab atas perencanaan, pengadaan, serta pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan wilayahnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
9. Bertanggung jawab terhadap kesejahteraan tenaga medis dan tenaga kesehatan.
10. Bertanggung jawab terhadap perlindungan kepada pasien dan sumber daya manusia kesehatan.
11. Bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.

12. Bertanggung jawab terhadap perencanaan, pemenuhan, pendayagunaan, dan kesejahteraan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan wilayahnya.

Dalam melaksanakan tanggung jawabnya pemerintah daerah dapat menetapkan kebijakan daerah dan wajib mengacu pada norma, standar, prosedur, dan kriteria pembangunan kesehatan yang ditetapkan.

c. Tinjauan Umum Kesehatan

a) Upaya Kesehatan

Pengertian Kesehatan berdasarkan UU 17 Tahun 2017 menyebutkan bahwa Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan Upaya Kesehatan. Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan meliputi mutu gizi; keluarga berencana; Kesehatan reproduksi; Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, lanjut usia, dan penyandang disabilitas; Kesehatan gigi dan mulut; Kesehatan jiwa; Kesehatan sekolah; Kesehatan olahraga; Kesehatan lingkungan; Kesehatan matra dan situasi khusus; Kesehatan kerja; pengamanan makanan dan minuman; pengamanan zat adiktif; pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan Kesehatan Rumah Tangga; Upaya Kesehatan Perorangan; Upaya Kesehatan Masyarakat; pelayanan kedokteran untuk kepentingan

hukum;bedah mayat; pelayanan darah; penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran; penanggulangan penyakit menular dan tidak menular; transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, terapi berbasis sel punca dan sel, implan Obat dan/atau Alat Kesehatan, dan bedah plastik rekonstruksi dan estetika; Pelayanan Kesehatan pada bencana; Pelayanan Kesehatan tradisional; dan/atau Upaya Kesehatan lainnya. Upaya Kesehatan lainnya ditetapkan oleh Menteri sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan pembangunan bidang Kesehatan.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, merata dan nondiskriminatif. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan harus memperhatikan fungsi sosial, nilai sosial budaya, moral, dan etika. Upaya Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan dalam bentuk pelayanan kesehatan dapat memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan terdiri atas pemberian Pelayanan Kesehatan nonklinis berupa Telekesehatan; dan pemberian Pelayanan Kesehatan klinis berupa Telemedisin.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan diselenggarakan dengan memenuhi persyaratan paling sedikit berupa: sumber daya manusia; sarana, prasarana, peralatan; dan aplikasi.

Upaya Kesehatan dilakukan dalam bentuk:

- 1) Upaya Kesehatan perorangan

Upaya Kesehatan perorangan diselenggarakan melalui Pelayanan Kesehatan primer; dan Pelayanan Kesehatan rujukan. Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan sebagai proses awal Pelayanan Kesehatan perorangan secara komprehensif. Pelayanan Kesehatan primer

termasuk pelayanan skrining dan imunisasi penyakit dalam ranah Kesehatan perorangan, pemantauan tumbuh kembang, diagnostik dini, kuratif, dan rehabilitatif yang didukung dengan kegiatan Pelayanan Kesehatan rujukan.

Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan oleh Tenaga medis dan/atau Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama. Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan berdasarkan kebijakan Pelayanan Kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat. Pelayanan Kesehatan primer didanai oleh perorangan penerima Pelayanan Kesehatan atau melalui penjaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi komersial. Pelayanan Kesehatan rujukan menyelenggarakan pelayanan spesialisik dan/atau subspesialisik. Pelayanan Kesehatan rujukan) diselenggarakan oleh Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut. Pelayanan Kesehatan rujukan didanai oleh perorangan penerima Pelayanan Kesehatan atau melalui penjaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi komersial.

Dalam pengembangan Pelayanan Kesehatan rujukan, Pemerintah Pusat harus mengembangkan pusat pelayanan unggulan nasional yang berstandar internasional. Pengembangan pusat pelayanan unggulan nasional bertujuan untuk memenuhi kebutuhan Pelayanan Kesehatan dan menghadapi persaingan regional dan global. Pelayanan Kesehatan primer

dan Pelayanan Kesehatan rujukan diselenggarakan berkesinambungan melalui sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan. Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan dilakukan melalui pembagian dan/atau pelimpahan tugas dan tanggung jawab Pelayanan Kesehatan berdasarkan kebutuhan medis Pasien dan kemampuan pelayanan pada setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan dilakukan melalui rujukan secara vertikal dan horizontal. Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan didukung dengan teknologi informasi dan komunikasi.

Teknologi informasi dan komunikasi memuat data dan informasi mutakhir mengenai kemampuan pelayanan setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tergabung dalam sistem rujukan secara terintegrasi. Selain memuat data dan informasi mutakhir mengenai kemampuan pelayanan setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dilakukan terhadap proses transfer data dan informasi medis Pasien yang diperlukan untuk proses rujukan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan di seluruh wilayah Indonesia termasuk daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, serta daerah yang tidak diminati swasta. Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan dapat melibatkan masyarakat atau swasta. Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan mencakup masyarakat miskin dan masyarakat rentan. Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan dilakukan melalui pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut; dan pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia dan sarana dan prasarana.

Masyarakat atau swasta dapat berpartisipasi untuk pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut. Pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut termasuk pemenuhan sumber daya manusia dan sarana dan prasarana. Pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut harus mempertimbangkan kebutuhan Pelayanan Kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan, dan termasuk untuk kebutuhan wahana pendidikan.

Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat membantu pemenuhan sumber daya manusia untuk pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut di daerah.

2) Upaya Kesehatan masyarakat

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menyelenggarakan Upaya Kesehatan masyarakat. Masyarakat dapat menyelenggarakan Upaya Kesehatan masyarakat bekerja sama dengan Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan Upaya Kesehatan masyarakat.

Upaya Kesehatan masyarakat diselenggarakan melalui Pelayanan Kesehatan masyarakat primer, Pelayanan Kesehatan masyarakat sekunder,

dan Pelayanan Kesehatan masyarakat tersier. Pemerintah daerah kabupaten/kota menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer paling sedikit melalui edukasi, surveilans kesehatan, imunisasi, dan skrining penyakit, pemantauan tumbuh kembang, serta pelaksanaan program pemerintah yang berhubungan dengan prioritas pembangunan Kesehatan. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer didelegasikan kepada Puskesmas dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lainnya. Puskesmas dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lainnya menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer secara terintegrasi yang didukung dengan teknologi informasi dan komunikasi. Puskesmas sebagai koordinator penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer.

Pemerintah daerah kabupaten/kota dan/atau Pemerintah Daerah provinsi menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan masyarakat sekunder. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat sekunder oleh Pemerintah Daerah dilakukan melalui perencanaan, pengelolaan, dan monitoring dan evaluasi program; pengelolaan dan distribusi Sumber Daya Kesehatan di tingkat kabupaten/kota; pemberian fasilitas dalam bentuk pendanaan, sarana, teknologi, dan sumber daya manusia Kesehatan; dan intervensi Pelayanan Kesehatan masyarakat yang tidak dapat dilakukan oleh Puskesmas.

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat sekunder oleh Pemerintah Daerah provinsi dilakukan melalui perencanaan, pengelolaan, monitoring dan evaluasi program; pengelolaan dan distribusi Sumber

Daya Kesehatan di tingkat provinsi; pemberian fasilitas dalam bentuk pendanaan, sarana, teknologi, dan sumber daya manusia Kesehatan; dan koordinasi dan supervisi Pelayanan Kesehatan masyarakat lintas kabupaten/kota di dalam wilayah provinsi.

Pemerintah Daerah provinsi menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan masyarakat tersier. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat tersier dilakukan melalui pemberian fasilitas dalam bentuk pendanaan, sarana, teknologi, dan sumber daya manusia Kesehatan; penanggulangan Wabah dan bencana; penelitian dan pengembangan Kesehatan; dan asistensi teknis pelaksanaan Pelayanan Kesehatan masyarakat. Penelitian dan pengembangan Kesehatan dapat diselenggarakan bekerja sama dengan institusi pendidikan dan institusi penelitian.

Pemerintah Pusat dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat bertanggung jawab untuk perencanaan strategis nasional, penetapan kebijakan nasional, penetapan standar mutu, perencanaan dan penetapan prioritas riset Pelayanan Kesehatan masyarakat secara nasional, penelitian dan pengembangan Kesehatan, dan penyediaan Sumber Daya Kesehatan yang bersifat strategis.

3) Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat.

Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat merupakan wahana pemberdayaan masyarakat bidang Kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dan dapat difasilitasi oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dengan melibatkan sektor lain yang terkait. Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dapat berupa pos pelayanan

terpadu. Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat dalam rangka menciptakan kemandirian masyarakat dalam mengorganisasikan penyelesaian masalah Kesehatan.

Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dilaksanakan oleh kader, tenaga pendamping, dan/atau masyarakat. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dapat didahului dengan bimbingan teknis oleh tenaga pendamping yang difasilitasi oleh Pemerintah Daerah dan/atau Puskesmas. Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat, Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dapat memberikan penghargaan dan/atau insentif kepada kader, tenaga pendamping, dan/atau masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan masyarakat melalui pembekalan pengetahuan dan keterampilan, dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam Upaya Kesehatan, dan mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat.

b) Sumber daya kesehatan

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan didukung oleh Sumber Daya Kesehatan. Sumber Daya Kesehatan adalah segala bentuk fasilitas, tenaga, perbekalan kesehatan, sistem informasi, teknologi, dan dana yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan Upaya Kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan/atau masyarakat. Sumber Daya Kesehatan meliputi Fasilitas Pelayanan Kesehatan;

Sumber Daya Manusia Kesehatan; Perbekalan Kesehatan; Sistem Informasi Kesehatan; Teknologi Kesehatan; pendanaan Kesehatan; dan sumber daya lain yang diperlukan.

Sumber Daya Manusia Kesehatan terdiri dari: Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga pendukung atau penunjang kesehatan. Tenaga Medis dikelompokkan ke dalam dokter, dan dokter gigi. Jenis Tenaga Medis dokter terdiri dari dokter, dokter spesialis, dan dokter subspesialis. Jenis Tenaga Medis dokter terdiri dari dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter gigi subspesialis. Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam: tenaga psikolog, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, Tenaga Kesehatan masyarakat, Tenaga Kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, dan Tenaga Kesehatan tradisional. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga psikolog sebagaimana terdiri dari psikolog umum, psikolog spesialis, dan psikolog subspesialis. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan terdiri dari perawat vokasi, perawat profesi, dan perawat spesialis. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan terdiri dari bidan vokasi dan bidan profesi. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian terdiri atas apoteker, apoteker spesialis, dan tenaga teknis kefarmasian. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan masyarakat terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promotor kesehatan, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistika dan kependudukan, tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga, serta ahli kesehatan masyarakat. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan lingkungan

terdiri dari tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi terdiri dari nutrisisionis dan dietisien. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keterampilan fisik terdiri dari fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisian medis terdiri atas perekam medis dan informasi Kesehatan, teknisi kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, dan ortotik prostetik. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan tradisional terdiri dari Tenaga Kesehatan tradisional ramuan atau jamu, Tenaga Kesehatan tradisional, dan pengobat tradisional. Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan antara lain tenaga administrasi, tenaga keuangan, petugas pemulasaran jenazah, dan supir ambulan. Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan bekerja pada fasilitas pelayanan Kesehatan atau institusi lain di bidang Kesehatan.

Dalam memenuhi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang Kesehatan serta kebutuhan Pelayanan Kesehatan, Menteri dapat menetapkan: jenis Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan baru dalam setiap kelompok, dan kelompok Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan baru. Penetapan harus terlebih dahulu dilakukan kajian bersama dengan konsil, Organisasi Profesi, dan kolegium dengan mempertimbangkan kebutuhan Pelayanan Kesehatan di masyarakat dan pemenuhan kompetensi Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. Tenaga medis harus memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah pendidikan profesi dokter

atau pendidikan profesi dokter gigi. Tenaga Kesehatan harus memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah diploma.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkewajiban memenuhi kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan terkait jumlah, jenis, kompetensi dan distribusi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan Kesehatan. Menteri menetapkan kebijakan dan menyusun perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan secara nasional. Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan disusun secara berjenjang dimulai dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi, sampai dengan Menteri secara nasional, berdasarkan ketersediaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan serta kebutuhan penyelenggaraan pembangunan dan Upaya Kesehatan.

Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan terhadap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang melaksanakan pekerjaan keprofesian sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya yang bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau unit kerja milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau masyarakat. Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan kerja sama dan sinergisme antarpemangku kepentingan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam menyusun perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan harus memperhatikan: a) jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; b) penyelenggaraan Upaya Kesehatan; c) ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan; d) kemampuan pembiayaan; e) kondisi geografis dan sosial budaya;

dan f) tipologi/jenis penyakit di daerah atau kebutuhan masyarakat. Kebijakan perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri menjadi pedoman bagi setiap institusi pengguna Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan baik pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun swasta dalam pemenuhan dan pengelolaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui pendidikan tinggi dengan memperhatikan ketersediaan dan persebaran institusi pendidikan dan/atau program studi pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada setiap wilayah, keseimbangan antara kebutuhan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan/atau dinamika kesempatan kerja di dalam dan di luar negeri, keseimbangan antara kemampuan produksi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dan sumber daya yang tersedia, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, dan prioritas pembangunan dan pelayanan Kesehatan. Pendidikan tinggi diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pendidikan tinggi dalam rangka pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diselenggarakan setelah mendapatkan izin yang diterbitkan oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi. Izin diberikan setelah mendapatkan rekomendasi Menteri.

Pembinaan teknis pendidikan tinggi dilakukan oleh Menteri. Pembinaan teknis merupakan pembinaan teknis keprofesian untuk mencapai Standar Profesi atau standar kompetensi. Pembinaan akademik pendidikan tinggi dilakukan oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi.

Pendidikan profesi bidang kesehatan sebagai bagian dari pendidikan tinggi dapat diselenggarakan oleh perguruan tinggi dan bekerja sama dengan kementerian yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, kolegium, dan/atau pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selain diselenggarakan oleh perguruan tinggi, pendidikan profesi bidang kesehatan juga dapat diselenggarakan oleh Rumah Sakit pendidikan, dan bekerja sama dengan perguruan tinggi, kementerian yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, kolegium, dan/atau pihak lain yang terkait sesuai dengan kebutuhan. Penyelenggaraan pendidikan profesi bidang kesehatan oleh Rumah Sakit pendidikan dilakukan setelah mendapatkan izin dari Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi.

Dalam penyusunan kurikulum pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, penyelenggara pendidikan tinggi harus mengacu pada standar nasional pendidikan tinggi yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi. Penyelenggaraan pendidikan tinggi harus memenuhi standar nasional pendidikan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. Standar nasional pendidikan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan mengacu pada standar nasional pendidikan tinggi. Standar nasional pendidikan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan disusun bersama oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, Menteri dan kolegium masing-masing Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. Kolegium masing-masing Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan bertugas untuk

mengembangkan dan mengampu suatu cabang disiplin ilmu kesehatan.

Standar nasional pendidikan Tenaga Kesehatan ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi setelah berkoordinasi dengan Menteri. Dalam rangka penjaminan mutu lulusan, penyelenggara pendidikan tinggi hanya dapat menerima mahasiswa sesuai dengan kuota nasional. Kuota nasional harus memperhatikan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan. Kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan ditetapkan oleh Menteri.

Mahasiswa pendidikan vokasi dan pendidikan profesi harus mengikuti Uji Kompetensi secara nasional pada akhir masa pendidikan. Uji kompetensi diselenggarakan oleh institusi pendidikan Tenaga Kesehatan bekerja sama dengan menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi dan Menteri. Uji kompetensi ditujukan untuk mencapai standar kompetensi Tenaga Kesehatan. Standar kompetensi Tenaga Kesehatan ditetapkan oleh Menteri.

Dalam rangka percepatan pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dapat memberikan bantuan pendanaan pendidikan dengan kewajiban Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan melaksanakan masa pengabdian pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang ditunjuk setelah menyelesaikan pendidikan. Selain bantuan pendanaan pendidikan untuk tenaga Kesehatan, dalam rangka peningkatan kualifikasi pendidikan, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dapat memberikan bantuan pendanaan pendidikan kepada tenaga penunjang Kesehatan dengan kewajiban melaksanakan masa pengabdian.

Bantuan pendanaan pendidikan berupa pendanaan afirmasi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, bantuan pendidikan spesialis-subspesialis, pendanaan sebagian (partial funding), dan bantuan pendanaan pendidikan lainnya. Masa pengabdian dilakukan untuk jangka waktu tertentu dalam rangka pemenuhan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Masa pengabdian) diperhitungkan sebagai masa kerja.

Dalam hal jumlah dan distribusi Tenaga Kesehatan masih kurang atau sudah melebihi kebutuhan berdasarkan perencanaan nasional, Menteri memberikan rekomendasi penyesuaian laju pengadaan Tenaga Kesehatan untuk ditindaklanjuti oleh menteri yang memiliki tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi. Rekomendasi penyesuaian laju pengadaan Tenaga Kesehatan dapat berupa: a) pengurangan atau penambahan kuota penerimaan mahasiswa baru; b) moratorium atau pembukaan moratorium program studi; dan c) penutupan atau pembukaan program studi.

c) Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara umum:

Fasilitas Pelayanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan berupa Pelayanan Kesehatan perorangan dan/atau Pelayanan Kesehatan masyarakat. Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi: Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama, Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang. Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdiri atas Fasilitas Pelayanan Kesehatan statis dan bergerak. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilaksanakan oleh pihak Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat. Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memenuhi perizinan berusaha dari Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh

Pemerintah Pusat.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan primer. Dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan, dapat dilakukan integrasi pelayanan antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Integrasi Pelayanan Kesehatan primer ditujukan untuk mendukung pelaksanaan program pemerintah terutama Pelayanan Kesehatan dalam bentuk promotif dan preventif. Integrasi Pelayanan Kesehatan perorangan primer dapat dilakukan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut yang meliputi pelayanan spesialisik dan/atau pelayanan subspesialistik. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penunjang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penunjang dapat berdiri sendiri atau dapat bergabung dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut.

Layanan Telekesehatan dan Telemedisin yang diselenggarakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi layanan: antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan antara Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan masyarakat. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Layanan Telekesehatan dan Telemedisin dapat bekerjasama dengan Penyelenggara Sistem Elektronik yang terdaftar sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Layanan Telemedisin yang diberikan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang memiliki izin praktik.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan akses yang luas bagi kebutuhan pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan di bidang

Kesehatan; menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien; mengirimkan laporan hasil pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan kepada Pemerintah Pusat dengan tembusan kepada Pemerintah Daerah melalui Sistem Informasi Kesehatan; melakukan upaya pemanfaatan hasil pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan di bidang Kesehatan; dan mengintegrasikan pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan dalam suatu sistem sebagai upaya mengatasi permasalahan Kesehatan di daerah.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib membuat standar prosedur operasional mengacu pada standar Pelayanan Kesehatan. Dalam kondisi KLB atau Wabah, Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan Pelayanan Kesehatan dalam rangka upaya penanggulangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilarang mempekerjakan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang tidak memiliki izin praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan/atau milik masyarakat wajib memberikan Pelayanan Kesehatan bagi seseorang yang berada dalam kondisi gawat darurat untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu. Dalam kondisi gawat darurat Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan/atau milik masyarakat dilarang menolak Pasien dan/atau meminta uang muka. Setiap pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus memiliki kompetensi manajemen Kesehatan yang dibutuhkan.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menerapkan standar keselamatan Pasien. Standar keselamatan Pasien dilaksanakan melalui identifikasi dan pengelolaan

risiko, analisis dan pelaporan, dan pemecahan masalah dalam rangka mencegah dan menangani kejadian yang membahayakan keselamatan Pasien. Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus menyimpan rahasia Kesehatan pribadi Pasien. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat menolak mengungkapkan segala informasi kepada publik yang berkaitan dengan rahasia Kesehatan pribadi Pasien.

Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melakukan peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan secara internal dan eksternal secara terus menerus dan berkesinambungan. Peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan secara internal dilakukan melalui: pengukuran dan pelaporan indikator mutu, pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, dan manajemen risiko. Peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan secara eksternal dilakukan melalui: Registrasi, lisensi, dan akreditasi. Pelaksanaan Registrasi, lisensi, dan akreditasi dilaksanakan dengan berorientasi pada pemenuhan standar mutu, pembinaan dan peningkatan kualitas layanan, dan proses yang cepat, terbuka, dan akuntabel. Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri.

Dalam rangka peningkatan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat mengembangkan jejaring pengampuan Pelayanan Kesehatan prioritas, kerja sama dua atau lebih Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pusat unggulan (centre of excellence), sistem Kesehatan akademik (academic health system), dan/atau Pelayanan Kesehatan terpadu.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif di wilayah kerjanya. Dalam melaksanakan tugas, Puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Primer di wilayah kerjanya. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Primer bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang

sehat, dengan masyarakat yang memiliki perilaku hidup sehat, mudah mengakses Pelayanan Kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan masyarakat tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perorangan tingkat pertama oleh Puskesmas dilakukan melalui pengoordinasian Sumber Daya Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas melakukan pembinaan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya serta mengintegrasikan program Puskesmas dengan kegiatan Kesehatan oleh masyarakat.

Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi Pelayanan Kesehatan perorangan dalam bentuk spesialisistik dan/atau subspesialisistik. Selain menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan Rumah Sakit dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang Kesehatan. Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik. Rumah Sakit dapat diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau masyarakat. Rumah Sakit yang didirikan oleh Pemerintah Pusat berbentuk unit pelaksana teknis atau instansi tertentu, dengan pola pengelolaan badan layanan umum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit yang didirikan oleh Pemerintah Daerah berbentuk unit organisasi bersifat khusus yang memberikan layanan secara profesional, dengan pola pengelolaan badan layanan umum daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rumah Sakit yang didirikan oleh masyarakat harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitian. Rumah Sakit

dikecualikan bagi Rumah Sakit yang diselenggarakan oleh badan hukum yang bersifat nirlaba. Struktur Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas: Kepala atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis dan non medis, komite medis/komite kesehatan, unsur riset, operasional dan teknologi informasi, pemasaran, serta administrasi umum dan keuangan. Kepala atau Direktur Rumah Sakit dijabat oleh Tenaga Medis yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit. Rumah Sakit dapat ditetapkan menjadi Rumah Sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar Rumah Sakit pendidikan.

Rumah Sakit pendidikan terdiri atas: a) Rumah Sakit yang bekerja sama dengan institusi pendidikan di bidang Kesehatan dalam menyelenggarakan pendidikan profesi, profesi spesialis, dan subspesialis; dan b) Rumah Sakit yang secara mandiri menyelenggarakan pendidikan profesi spesialis dan subspesialis. Rumah Sakit pendidikan harus mendapatkan izin dari Pemerintah Pusat dan bekerjasama dengan kolegium. Dalam penyelenggaraan Rumah Sakit pendidikan dapat dibentuk jejaring Rumah Sakit Pendidikan negeri dan swasta. Rumah Sakit dalam menyelenggarakan fungsi penelitian dapat membentuk pusat penelitian guna pengembangan layanan Kesehatan.

Dalam menyelenggarakan fungsi penelitian, rumah sakit harus menyelenggarakan penelitian unggulan dan translational. Dalam menyelenggarakan penelitian, rumah sakit dapat melaksanakan pelayanan berbasis penelitian. Rumah sakit yang melaksanakan pelayanan berbasis penelitian melalui inovasi penelitian yang dikembangkan oleh Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan harus diberikan dukungan dan kebebasan secara bertanggung jawab.

Rumah Sakit mempunyai kewajiban: a) memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat; b) memberi Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit; c) memberikan pelayanan gawat darurat kepada Pasien; d) berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana; e) menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin; f) melaksanakan fungsi sosial bagi Kesehatan masyarakat; g) membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien; h) menyelenggarakan rekam medis; i) menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, ibu menyusui, anak-anak, dan lanjut usia; j) merujuk Pasien jika tidak sesuai dengan kompetensi layanannya; k) menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan; l) memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien; m) menghormati dan melindungi hak-hak Pasien; n) melaksanakan etika Rumah Sakit; o) memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana; p) melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan baik secara regional maupun nasional; q) membuat daftar Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang melakukan praktik; r) menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws); s) melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan t) memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Rumah Sakit mempunyai hak: a) menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi

sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit; b) menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; c) melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan; d) menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; e) menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian; f) mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan g) pelayanan kesehatan; dan h) mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rumah Sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif. Rumah Sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia. Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Rumah Sakit. Pembiayaan Rumah Sakit dapat bersumber dari penerimaan Rumah Sakit, anggaran Pemerintah, subsidi Pemerintah, anggaran Pemerintah Daerah, subsidi Pemerintah Daerah atau sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penetapan besaran tarif Rumah Sakit harus berdasarkan pola tarif nasional dan pagu tarif maksimal. Menteri menetapkan pola tarif nasional berdasarkan komponen biaya satuan pembiayaan dan dengan memperhatikan kondisi regional. Gubernur menetapkan pagu tarif maksimal berdasarkan pola tarif nasional yang berlaku untuk Rumah Sakit di Provinsi yang bersangkutan. Pendapatan Rumah

Sakit yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah digunakan seluruhnya secara langsung untuk biaya operasional Rumah Sakit dan tidak dapat dijadikan pendapatan negara atau Pemerintah Daerah..

d) Sistem Informasi Kesehatan secara umum

Dalam rangka menyelenggarakan Upaya Kesehatan yang efektif dan efisien diselenggarakan Sistem Informasi Kesehatan. Sistem Informasi Kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan masyarakat, baik perorangan maupun kelompok. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menghubungkan sistem yang dikelolanya dengan sistem yang mengintegrasikan seluruh Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dapat memberikan dukungan berupa bantuan teknis kepada penyelenggaraan sistem dalam pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan. b. Tata Kelola Sistem Informasi Kesehatan Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan melaksanakan tata kelola yang mendukung pelayanan dan pelaporan di bidang Kesehatan. Tata kelola Sistem Informasi Kesehatan merupakan rangkaian untuk menjamin mutu dan keandalan sistem. Tata kelola Sistem Informasi Kesehatan dituangkan dalam dokumen arsitektur Sistem Informasi Kesehatan. Dokumen arsitektur Sistem Informasi Kesehatan meliputi proses bisnis, data dan informasi, infrastruktur, aplikasi, keamanan, dan layanan. Dokumen arsitektur Sistem Informasi Kesehatan disusun sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri.

Selain untuk kepentingan, penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan juga

ditujukan untuk pengembangan sistem informasi di bidang bioteknologi Kesehatan. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib melakukan pengelolaan, pemrosesan, dan/atau penyimpanan Sistem Informasi Kesehatan dan data informasi Kesehatan di wilayah Indonesia. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan dapat melakukan pengelolaan, pemrosesan, dan/atau penyimpanan Sistem Informasi Kesehatan dan data informasi Kesehatan di luar wilayah Indonesia dalam hal teknologi pengelolaan, pemrosesan, dan/atau penyimpanan tidak tersedia di dalam negeri. Pengelolaan, pemrosesan, dan/atau penyimpanan Sistem Informasi Kesehatan dan data informasi Kesehatan di luar wilayah Indonesia dilakukan atas izin Menteri sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib memastikan keandalan Sistem Informasi Kesehatan yang meliputi ketersediaan, keamanan, pemeliharaan, dan integrasi. Keandalan Sistem Informasi Kesehatan dilaksanakan dengan cara menguji kelaikan sistem, menjaga kerahasiaan data, menentukan kebijakan hak akses data, memiliki sertifikasi keandalan sistem, dan melakukan audit secara berkala. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menerapkan pengamanan untuk memastikan keandalan sistem. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menyediakan data dan informasi yang berkualitas dan terintegrasi. Masyarakat hanya dapat mengakses data yang bersifat publik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai keterbukaan informasi publik. Masyarakat dapat mengakses data Kesehatan dirinya melalui penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan. Pengelolaan data dan informasi Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan di bidang tata kelola data.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib melaksanakan pengelolaan data dan informasi Kesehatan yang meliputi perencanaan, pengumpulan, pemeriksaan, transfer, dan pemanfaatan. Perencanaan ditujukan untuk menentukan daftar data dan informasi yang akan dikumpulkan. Pengumpulan dilaksanakan sesuai dengan hasil perencanaan data. Pemeriksaan dilaksanakan dalam rangka menjamin kualitas data dan informasi. Transfer dilaksanakan antar penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan melalui sistem layanan integrasi Kesehatan milik kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Data dan informasi yang dikelola oleh Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan dapat ditransfer ke luar wilayah Indonesia untuk tujuan yang spesifik dan terbatas dengan mendapat izin dari Menteri. Pemanfaatan dilaksanakan untuk Kesehatan perseorangan, Kesehatan masyarakat, pembangunan Kesehatan, dan pengambilan kebijakan. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan dapat memusnahkan data dan informasi setelah berakhirnya masa penyimpanan. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib mencatat riwayat pengelolaan data dan informasi, termasuk pemusnahan.

Sistem Informasi Kesehatan memuat data dan informasi yang bersumber dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, instansi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, badan/lembaga yang menyelenggarakan program jaminan sosial nasional, badan/lembaga lain yang menyelenggarakan kegiatan di bidang Kesehatan, kegiatan masyarakat selain Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pelaporan mandiri perorangan, dan sumber lainnya. Data dan informasi terdiri atas data dan informasi pribadi dan data dan informasi publik. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menjamin perlindungan data dan informasi Kesehatan setiap individu.

Pengelolaan data dan informasi Kesehatan yang menggunakan data Kesehatan individu wajib mendapatkan persetujuan dari pemilik data. Pemilik berhak: mendapatkan informasi mengenai tujuan pengumpulan data kesehatan individu; mengakses dan melakukan perbaikan data dan informasi melalui penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan; meminta penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan mengirimkan datanya ke penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan lainnya; dan meminta penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan menghapus data yang tidak benar atas persetujuan pemilik data. Dikecualikan dari ketentuan diatas, terhadap: data dan informasi Kesehatan yang tidak dapat ditelusuri identitasnya atau berupa data agregat; dan/atau data dan informasi Kesehatan untuk kepentingan umum atau kepentingan lain yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menginformasikan kepada pemilik data apabila terdapat kegagalan perlindungan data dan informasi Kesehatan individu. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib melaporkan kepada penegak hukum dan lembaga terkait apabila terjadi kegagalan dan/atau gangguan yang serius dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan.

e) Teknologi Kesehatan

Teknologi Kesehatan diselenggarakan, diteliti, diproduksi, diedarkan, dikembangkan, dan/atau dimanfaatkan bagi Kesehatan. Teknologi Kesehatan termasuk perangkat keras dan perangkat lunak. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendorong pemanfaatan produk Teknologi Kesehatan dalam negeri. Teknologi Kesehatan harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam mengembangkan Teknologi Kesehatan dapat dilakukan penelitian dalam laboratorium, penelitian terhadap manusia, dan/atau penelitian terhadap hewan. Penelitian harus memiliki protokol penelitian yang jelas, menggunakan kaidah ilmiah yang bisa diterima, lulus kaji etik, dan memiliki izin dari pihak yang berwenang. Penelitian harus memperhatikan manfaat, risiko, keselamatan manusia, dan kelestarian lingkungan hidup. Dalam hal penelitian Kesehatan dilakukan terhadap manusia maka harus mendapat persetujuan dari pihak yang menjadi subjek penelitian. Penelitian terhadap manusia dilakukan dengan menghormati hak-hak subjek penelitian termasuk jaminan tidak merugikan manusia yang dijadikan subjek penelitian.

Penelitian terhadap hewan harus dijamin untuk melindungi kelestarian hewan tersebut serta mencegah dampak buruk yang tidak langsung bagi kesehatan manusia. Setiap penelitian dan pengembangan Teknologi Kesehatan harus mempertimbangkan potensi risiko dan manfaatnya terhadap Kesehatan masyarakat. Dalam rangka mendukung Pelayanan Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendorong pemanfaatan teknologi biomedis. Pemanfaatan teknologi biomedis mencakup teknologi genomik, transkriptomik, proteomik, dan metabolomik terkait organisme, jaringan, sel, dan biomolekul.

Pemanfaatan teknologi biomedis dilakukan mulai dari kegiatan pengambilan spesimen, penyimpanan spesimen jangka panjang, serta pengelolaan dan pemanfaatan spesimen dan data terkait, yang ditujukan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan Teknologi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan, termasuk pelayanan kedokteran presisi (*precision medicine*). Pengambilan spesimen, penyimpanan spesimen jangka panjang, serta pengelolaan dan pemanfaatan spesimen dan data terkait wajib mendapatkan persetujuan dari Pasien dan/atau

pendonor. Namun, pengelolaan dan pemanfaatan spesimen dan data terkait tidak wajib mendapatkan persetujuan dari Pasien dan/atau pendonor apabila: data yang tidak dapat ditelusuri identitasnya atau berupa data agregat, data untuk kepentingan penelitian ilmiah tertentu, data untuk kepentingan hukum, dan/atau data untuk kepentingan umum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyimpanan dan pengelolaan spesimen harus dilakukan oleh biobank atau biorepositori. Biobank atau biorepositori diselenggarakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan, laboratorium diagnostik, institusi pendidikan, dan lembaga penelitian dan pengembangan Kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta. Penyelenggaraan biobank atau biorepositori harus mendapatkan penetapan dari Menteri. Penyelenggaraan biobank atau biorepositori wajib menerapkan prinsip: keamanan, kerahasiaan atau privasi, akuntabilitas, kemanfaatan, kepentingan umum, penghormatan terhadap hak asasi manusia, etika, hukum, medikolegal, dan sosial budaya. Penyelenggara biobank atau biorepositori wajib menyimpan spesimen dan data di dalam negeri. Penyelenggara biobank atau biorepositori dapat mengintegrasikan data dan informasi spesimen dengan Sistem Informasi Kesehatan yang diselenggarakan oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pengalihan dan penggunaan spesimen, data, dan informasi ke luar wilayah Indonesia dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip pemeliharaan kekayaan sumber daya hayati dan genetika Indonesia. Pengalihan dan penggunaan spesimen, data, dan informasi ke luar wilayah Indonesia hanya dapat dilakukan apabila pemeriksaan spesimen termasuk genomik belum dapat dilakukan di dalam negeri, dan/atau untuk tujuan penelitian. Pengalihan dan

penggunaan spesimen, data, dan informasi ke luar wilayah Indonesia harus dilengkapi Perjanjian Alih Material/Material Transfer Agreement yang disusun berdasarkan asas kesetaraan dan keadilan.

Setiap pengalihan dan penggunaan spesimen, data, dan informasi ke luar wilayah Indonesia hanya dapat dilakukan setelah mendapatkan persetujuan Menteri. Pengambilan dan pengiriman spesimen hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan serta dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tertentu.

f) Ketentuan Umum mengenai Wabah Penyakit Menular

Untuk melindungi masyarakat dari Wabah, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melaksanakan kegiatan Kewaspadaan Wabah, Penanggulangan Wabah, dan pascaWabah. Dalam melaksanakan kegiatan Kewaspadaan Wabah, Penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat membentuk satuan tugas yang melibatkan unsur Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, akademisi atau pakar, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Republik Indonesia, lintas sektor, dan tokoh masyarakat/agama. Pelaksanaan kegiatan Kewaspadaan Wabah, Penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah secara teknis Kesehatan dikoordinasikan oleh Menteri bekerja sama dengan pimpinan kementerian/lembaga terkait sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pimpinan kementerian/lembaga terkait wajib memberikan dukungan dalam pelaksanaan kegiatan Kewaspadaan Wabah, Penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah.

Penanggulangan Wabah dilaksanakan segera setelah penetapan Daerah Terjangkit Wabah dengan memperhatikan asas kemanusiaan, sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan. Penanggulangan Wabah dilakukan melalui kegiatan

investigasi penyakit, penguatan surveilans, penanganan penderita, pengendalian faktor risiko, penanganan terhadap populasi berisiko, komunikasi risiko, dan/atau tindakan penanggulangan lainnya. Investigasi penyakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 380 huruf a dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang etiologi penyakit, sumber penyakit, dan cara penularan atau penyebaran penyakit Wabah. Informasi mengenai etiologi penyakit, sumber penyakit dan cara penularan atau penyebaran penyakit Wabah digunakan sebagai pertimbangan dalam menentukan tindakan penanggulangan. Penguatan surveilans dilakukan untuk penemuan kasus dan identifikasi mendalam tentang karakteristik dari etiologi/agen penyakit dan faktor risikonya dengan berbasis laboratorium dan/atau penelitian ilmiah. Surveilans dilakukan melalui kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus tentang kejadian penyakit dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan penanggulangan penyakit secara efektif dan efisien.

Penanganan penderita dilakukan upaya tata laksana penderita sesuai dengan kebutuhan medis. Penanganan penderita meliputi: isolasi, karantina, dan/atau pengobatan dan perawatan. Isolasi dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau tempat lain yang memungkinkan penderita mendapatkan akses Pelayanan Kesehatan untuk mempertahankan kehidupannya. Karantina dapat dilaksanakan di rumah, rumah sakit, tempat kerja, alat angkut, hotel, wisma, asrama, dan tempat atau wilayah lainnya dengan mempertimbangkan aspek epidemiologi. Karantina dapat dilakukan terhadap orang, barang, dan alat angkut. Pengobatan dan perawatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bersama dengan masyarakat bertanggung jawab memfasilitasi pelaksanaan isolasi atau karantina. Dalam hal penderita memenuhi kriteria untuk dilakukan tindakan isolasi atau karantina, wajib dilakukan isolasi atau karantina guna mengurangi terjadinya penyebaran penyakit Wabah. Pengendalian faktor risiko dilakukan untuk memutus rantai penularan penyakit dari faktor risiko yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan dan perkembangan teknologi serta karakteristik dari faktor risiko tersebut, termasuk kemungkinan pemusnahan faktor risiko dimaksud.

Penanganan faktor risiko meliputi: penyehatan, pengamanan, dan pengendalian yang ditujukan untuk memperbaiki faktor risiko lingkungan dan/atau memusnahkan agen biologi penyebab penyakit, pencegahan dan pengendalian infeksi, dan/atau penanganan jenazah. Penanganan terhadap populasi berisiko dilakukan untuk mencegah dan mengurangi risiko penyebaran penyakit. Penanganan terhadap populasi berisiko meliputi: pemberian kekebalan, pemberian profilaksis, dan/atau pembatasan kegiatan sosial kemasyarakatan. Pembatasan kegiatan sosial kemasyarakatan meliputi: peliburan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum, dan/atau pembatasan kegiatan lainnya. Komunikasi risiko dilakukan untuk memberikan pemahaman kepada masyarakat dan meningkatkan peran masyarakat dalam upaya penanggulangan Wabah.

Komunikasi risiko dilakukan melalui: pemberian informasi dan/atau edukasi kepada masyarakat, dan/atau mobilisasi sosial. Dalam hal penanggulangan Wabah diperlukan sampel dan/atau spesimen untuk konfirmasi laboratorium, pelaksanaan pengambilan sampel dan konfirmasi dilakukan pada laboratorium terdekat yang memiliki kemampuan. Pelaksanaan konfirmasi mengutamakan

kedaulatan dan kepentingan nasional, pemanfaatan untuk masyarakat, dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dalam hal konfirmasi laboratorium perlu dilakukan antarnegara, pelaksanaannya harus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai perjanjian pengalihan material.

Kegiatan penanggulangan Wabah dilaksanakan secara terintegrasi, komprehensif, dan tepat sasaran dengan melibatkan kementerian/lembaga terkait dan Pemerintah Daerah. Dalam penanggulangan Wabah, Pemerintah Pusat dapat bekerja sama dengan negara lain atau badan internasional. Dalam hal pelaksanaan kegiatan penanggulangan Wabah mengakibatkan kerugian harta benda pada masyarakat, Pemerintah Pusat harus memberikan ganti rugi.

g) Pendanaan Kesehatan

Pendanaan Kesehatan bertujuan untuk mendanai pembangunan Kesehatan secara berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Unsur-unsur pendanaan Kesehatan terdiri atas sumber pendanaan, alokasi, dan pemanfaatan. Pendanaan Kesehatan berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, masyarakat, dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat. Dalam rangka kesinambungan, ketercukupan alokasi anggaran secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna Pemerintah Pusat mengembangkan sistem informasi pendanaan dan akun Kesehatan.

Sistem informasi pendanaan dan akun Kesehatan merupakan sistem pencatatan yang wajib diikuti oleh semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan, institusi/lembaga pemerintah atau swasta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Kesehatan, organisasi kemasyarakatan yang membelanjakan biaya Kesehatan setiap bulan yang menjadi sumber pengembangan akun Kesehatan nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan, institusi/lembaga pemerintah atau swasta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, organisasi kemasyarakatan harus melaporkan besaran belanja bulanan dan tahunan, luaran (output) dan hasil (outcome) melalui sistem informasi pendanaan dan akun Kesehatan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab mendanai seluruh kegiatan: 1) Upaya Kesehatan masyarakat dengan prioritas pendekatan promotif dan preventif; 2) Upaya Kesehatan perorangan bagi penduduk yang tidak mampu membayar iuran program jaminan kesehatan nasional; 3) Upaya Kesehatan dalam rangka Kewaspadaan Wabah, penanggulangan Wabah, dan kegiatan pasca-Wabah; 4) penguatan Sumber Daya Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat; 5) penelitian, pengembangan, dan inovasi bidang Kesehatan, termasuk upaya mewujudkan dan memproduksi bahan obat dan/atau vaksin yang dapat digunakan dalam upaya pemberantasan penyakit menular sesuai dengan standar dan mutu nasional; 6) penguatan pengelolaan Kesehatan; 7) Pelayanan Kesehatan untuk kepentingan hukum; dan 8) Program Kesehatan strategis lainnya.

Dalam rangka ketersediaan pendanaan Upaya Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat melakukan optimalisasi partisipasi masyarakat. Optimalisasi peran masyarakat dapat dilakukan melalui kerja sama pendanaan atau kerja sama operasional Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dan masyarakat. Bentuk dan skema kerja sama diatur dalam Peraturan Pemerintah. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Daerah

kabupaten/kota memprioritaskan anggaran kesehatan di luar gaji dalam penyusunan anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah. Penyusunan anggaran Kesehatan dilaksanakan secara berjenjang mulai dari Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi sampai dengan Pemerintah Pusat. Dalam penyusunan anggaran kesehatan Pemerintah Daerah, Pemerintah Pusat berwenang untuk menelaraskan kebutuhan alokasi anggaran untuk kegiatan.

Dalam rangka upaya peningkatan kinerja pendanaan kesehatan, Pemerintah Pusat dapat memberikan insentif atau disinsentif kepada Pemerintah Daerah. Pendanaan Upaya Kesehatan perorangan dilakukan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan/atau asuransi kesehatan komersial. Program jaminan kesehatan nasional bersifat wajib bagi seluruh penduduk. Asuransi kesehatan komersial bersifat sukarela. Pendanaan Upaya Kesehatan perorangan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional dapat dilaksanakan dengan koordinasi antar penyelenggara jaminan termasuk asuransi kesehatan komersial.

B. Kajian Terhadap Asas/Prinsip yang Terkait dengan Penyusunan Norma

Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan asas sebagai dasar atau sesuatu yang menjadi tumpuan berpikir atau berpendapat. Pada basis (landasan) suatu sistem kaidah hukum terdapat kaidah-kaidah penilaian yang fundamental yang disebut asas-asas hukum.³⁸ Asas negara hukum mempersyaratkan bahwa tindakan tertentu pemerintah harus berdasarkan pada undang-undang. Pada asas ini tersirat asumsi bahwa “wetmatigheid”

³⁸ John Bruggink, *Refleksi Tentang Hukum*, alih bahasa oleh Arief Sidharta, PT Citra Aditya Bakti, Bandung 1996. hlm.119.

merupakan jaminan bagi “rechtmatigheid” tindakan pemerintah. Untuk menjawab harapan yang tinggi ini, undang-undang harus memenuhi persyaratan tertentu. Berdasarkan analogi asas-asas pemerintahan yang baik, kita mengenal pula asas-asas pembentukan peraturan yang baik.³⁹

Sementara Satjipto Rahardjo menyatakan bahwa asas hukum merupakan “jantungnya” peraturan hukum. Karena menurut Satjipto, asas hukum adalah landasan yang paling luas bagi lahirnya peraturan hukum. Ini berarti, bahwa peraturan-peraturan hukum itu pada akhirnya bisa dikembalikan kepada asas-asas tersebut. Kecuali disebut landasan asas hukum layak disebut alasan bagi lahirnya peraturan hukum, atau merupakan ratio legis dari peraturan hukum. Asas hukum tidak akan habis kekuatannya melahirkan suatu peraturan hukum, melainkan akan tetap saja ada dan akan tetap melahirkan peraturan-peraturan selanjutnya.⁴⁰

Sejalan dengan hal tersebut di atas, pembentukan peraturan perundang-undangan terdapat asas yang harus menjadi landasan guna memenuhi kebutuhan masyarakat atas peraturan perundang-undangan yang baik. Ukuran kebaikan dalam pembentukan peraturan perundang-undangan tersebut, yaitu pembuatan peraturan perundang-undangan adalah suatu usaha untuk memberikan jaminan. Pemberian jaminan dimaksud, yaitu bahwa setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus dilaksanakan dengan cara dan metode yang pasti.⁴¹ Peraturan perundang-undangan yang baik sesungguhnya akan bermuara pada cita-cita Pancasila sebagai sumber dari sumber hukum negara.

Peraturan Daerah sebagai bagian dari sistem hukum nasional dalam pembentukannya harus merujuk pada asas-asas pembentukan peraturan perundang-

³⁹ I.C. van der Vlies, *Buku Pegangan Perancang Peraturan Perundang-Undangan*, alih bahasa oleh Linus Doludjawa, (Jakarta: Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-Undangan Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, Tahun 2005) hlm. 238.

⁴⁰ Sirajuddin dkk, *Hukum Administrasi Pemerintahan Daerah*, Setara Press, Malang, 2016. hlm 51.

⁴¹ Teguh Prasetyo, *Sistem Hukum Pancasila (Sistem, Sistem Hukum dan Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan di Indonesia)*, Nusa Media, Bandung, 2016 hlm. 33

undangan sebagaimana diatur oleh Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, dalam pengaturan penyelenggaraan kesehatan terdapat asas yang selanjutnya menjadi landasan pembentukan norma dalam Peraturan Daerah ini yaitu:

1. Asas Perikemanusiaan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, perikemanusiaan, merupakan sifat-sifat manusia yang layak seperti suka menolong dengan mencita-citakan pergaulan hidup yang lebih baik.⁴² Jika merujuk American Humanist Association, perikemanusiaan dipahami sebagai cara hidup manusia berdasarkan kemampuan, sumber alam, dan masyarakat,⁴³ sedangkan menurut Haryanto dalam encyclopedia of philosophy, oleh Paul Edward menjadi faham yang menjunjung tinggi nilai dan kedudukan manusia serta menjadikannya sebagai kriteria segala sesuatu.⁴⁴

Perikemanusiaan dimaknai menjadi pembebasan dalam arti suatu ajaran yang tidak terpaku kepada doktrin yang dinilai tidak memberi kebebasan kepada manusia, yang pada dasarnya memberi kebebasan untuk setiap manusia dalam menentukan hidup, baik dalam urusan beragama, kebebasan berpendapat bahkan untuk urusan menuntut hak dengan memperhatikan nilai dasar kemanusiaan dan hak sesama tetap selalu diperhatikan seperti dalam kesehatan yang dibangun menitik pada nilai yang berdasar kepada Ketuhanan, sehingga asas perikemanusiaan dalam penyelenggaraan kesehatan harus dilandaskan perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan sosial budaya dan bangsa.

2. Asas Keseimbangan

⁴² Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi III. Jakarta: Balai Pustaka, 2001: hlm 412.

⁴³ Haryanto Al Fandi. Desain Pembelajaran yang demokratis dan Humanis. Yogyakarta: Ar Ruzz Media 2017, hlm 72.

⁴⁴ Ibid, hlm 72

Berdasarkan ideologi yang melatarbelakangi tertib hukum Indonesia, Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945, keseimbangan bersumber pada tata nilai dan mencerminkan cara pandang masyarakat Indonesia. Dalam kesehatan, keseimbangan ditunjukkan dengan antara tujuan dan sarana, antara sarana dan hasil, antara manfaat dan risiko yang ditimbulkan dalam penyelenggaraan kesehatan. Keseimbangan erat terkait dengan keadilan antara setiap pemangku kepentingan (stakeholder) yang terlibat, sehingga keseimbangan dalam penyelenggaraan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.

3. Asas Manfaat

Segala usaha dan kegiatan dalam penyelenggaraan kesehatan yang dilaksanakan disesuaikan dengan mengoptimalkan potensi sumber daya alam dan lingkungan hidup dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat dan harkat manusia untuk selaras dengan lingkungan. Manfaat dalam penyelenggaraan kesehatan memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.

4. Asas Ilmiah

Asas ilmiah bermakna bahwa penyelenggaraan Tenaga Kesehatan harus dilakukan berdasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperoleh baik melalui penelitian, pendidikan, maupun pengalaman praktik.

5. Asas Pemerataan

Asas pemerataan bermakna pengaturan Tenaga Kesehatan dimaksudkan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

6. Asas Etika dan Profesionalitas

Asas etika dan profesionalitas bermakna pengaturan tenaga kesehatan harus dapat mencapai dan meningkatkan profesionalisme Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik serta memiliki etika profesi dan sikap profesional.

7. Asas Pelindungan dan Keselamatan

Penyelenggaraan kesehatan memberikan pelindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

8. Asas Penghormatan terhadap Hak dan Kewajiban

Penghormatan diberikan terhadap hak dan kewajiban yang diartikan bahwa penyelenggaraan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan di hadapan hukum.

9. Asas Keadilan

Keadilan menjadi perlindungan dalam pengelolaan penyelenggaraan kesehatan bagi setiap warga negara, sehingga penyelenggaraan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pendanaan yang terjangkau.

10. Asas Nondiskriminatif

Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki. Asas gender dan nondiskriminatif diaplikasikan diantaranya melalui penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan yang responsif gender. Kesetaraan gender dalam penyelenggaraan kesehatan merupakan kesamaan kondisi bagi lakilaki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan penyelenggaraan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat penyelenggaraan kesehatan.

Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam penyelenggaraan kesehatan. Penyelenggaraan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki. Penyelenggaraan Kesehatan juga tidak boleh diskriminatif, membedakan secara sengaja terhadap golongan-golongan yang berhubungan dengan kepentingan tertentu seperti agama, etnis, suku, dan ras, termasuk juga penyandang disabilitas. Penyandang disabilitas sebagai orang yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu yang lama masih memerlukan penguatan pemenuhan hak kesehatannya untuk memajukan, melindungi, dan menjamin kesamaan hak dan kebebasan yang mendasar bagi semua penyandang disabilitas, serta penghormatan terhadap martabat penyandang disabilitas sebagai bagian yang tidak terpisahkan (inherent dignity).

11. Asas Pertimbangan Moral dan Nilai-Nilai Agama

Pertimbangan moral dan kaidah agama diperlukan dalam penyelenggaraan kesehatan.

12. Asas Partisipatif

Partisipatif masyarakat diperlukan dalam penyelenggaraan kesehatan yang dilakukan secara aktif.

13. Asas Kepentingan Umum

Penyelenggaraan Kesehatan dalam pembangunan Kesehatan fokus dengan mengutamakan kepentingan umum di atas kepentingan pribadi atau golongan tertentu.

14. Asas Keterpaduan

Penyelenggaraan kesehatan dilakukan dengan memadukan berbagai unsur atau menyinergikan berbagai stakeholder terkait antara pemerintah, penyelenggara dan masyarakat.

15. Asas Kesadaran Hukum

Dimaknai bahwa masyarakat, pemangku kepentingan, pemerintah untuk dipahami, dihayati dan dipatuhi atas hukum sesuai doktrin negara hukum yang demokratis

16. Asas Kedaulatan Negara

Dimaknai dengan kekuasaan atau kewenangan atas nama negara untuk bergerak dalam pelaksanaan kesejahteraan Kesehatan bagi masyarakat.

17. Asas Kelestarian Lingkungan Hidup

Setiap orang berkewajiban dan bertanggung jawab atas generasi yang akan datang dan generasi data ini denagn melakukan upaya pelestarian daya dukung ekosistem dan memperbaiki kualitas lingkungan hidup.

18. Asas Kearifan Budaya

Peran masyarakat juga dibutuhkan untuk menjaga dan mengembangkan budaya dan kearifan lokal terkait dengan pelestarian fungsi lingkungan hidup.

19. Ketertiban dan Kepastian Hukum

Dalam Peraturan Daerah ini menimbulkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan adanya kepastian hukum.

C. Kajian terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada serta Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat

1. Kajian terhadap Praktik Penyelenggaraan

Kajian terhadap praktik penyelenggaraan yang ada selama ini sangat penting dilakukan dalam pembuatan suatu naskah akademik agar diperoleh perbandingan yang objektif mengenai permasalahan hukum yang akan dipecahkan. Kajian terhadap praktik penyelenggaraan ini meliputi praktek-praktek yang ada dan ditaati dalam pelaksanaan pemerintahan baik berupa ketentuan peraturan perundang-undangan maupun praktek birokrasi pemerintahan yang dilakukan selama ini.

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia sebagai dasar konstitusi mengatur pemenuhan atas hak kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 berbunyi: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Selain itu, pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia juga mengatur bahwa: “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.

Pada dasarnya Hidup yang layak atas kesehatan dan kehidupan serta keluarganya merupakan kebutuhan pokok manusia. Negara bertanggung jawab melindungi segenap bangsa Indonesia melalui penyelenggaraan Kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan hidup yang sangat penting dalam menunjang aktifitas sehari-hari. Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif.

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi guna menjalankan fungsinya sebagai manusia itu sendiri. Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan untuk mencapai cita-cita bangsa Indonesia. Kesehatan merupakan komponen penting selain dari pendidikan dan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan untuk mencapai cita-cita dan tujuan bangsa. Tidak terpenuhinya hak atas pelayanan kesehatan bagi masyarakat dapat menimbulkan efek negatif bagi roda pemerintahan. Terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat akan menimbulkan ancaman kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan pelayanan kesehatan juga akan menimbulkan manfaat yang sangat besar.

Hal ini menunjukkan bahwa aspek kesehatan tidak hanya meliputi fisik, mental dan sosial saja melainkan juga meliputi aspek ekonomi.

Kesehatan merupakan pelayanan publik yang bersifat mutlak dan erat kaitannya dengan kesejahteraan masyarakat. Untuk semua pelayanan yang bersifat mutlak, negara dan aparaturnya berkewajiban untuk menyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mudah didapatkan setiap saat.

Sebagaimana kita ketahui bahwa penyelenggaraan kesehatan masyarakat memerlukan upaya kesehatan, sumber daya kesehatan, dan pengelolaan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas dan produktif, mengurangi kesenjangan, memperkuat pelayanan kesehatan bermutu, meningkatkan ketahanan kesehatan, menjamin kehidupan yang sehat, serta memajukan kesejahteraan seluruh warga negara dan daya saing bangsa bagi pencapaian tujuan pembangunan nasional.

Penyelenggaraan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah bertujuan agar semua lapisan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan secara mudah, murah dan merata. Dengan demikian diharapkan akan tercapai derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik, sehingga memungkinkan dapat hidup lebih produktif.

Selain Undang-Undang Dasar Neagar Republik Indoseia Tahun 1995 terdapat Regulasi lain yang menjadi dasar pemenuhan hak atas kesehatan bagi masyarakat adalah dengan lahirnya Undang-Undang tentang Kesehatan. Undang-Undang yang pertama kali berlaku adalah Undang-Undang Pokok Kesehatan Nomor 9 Tahun 1960, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang tersebut dicabut dan digantikan dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang

Kesehatan, dan pada tanggal 13 Oktober 2009 diundangkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang pada akhirnya pada 8 Agustus tahun 2023 dilahirkan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang tidak hanya mencabut Undang-Undang nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, namun mencabut banyak Undang Undang yang berkaitan dengan kesehatan yakni sebanyak 11 (sebelas) undang-undang yakni yang berkaitan dengan Undang-undang tentang Ordonansi Obat Keras, Undang-Undang tentang Wabah Penyakit Menular. Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang tentang Rumah Sakit, Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran, Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa, Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan, Undang-undang tentang Keperawatan. Undang-Undang tentang Kekarantinaan Kesehatan dan juga Undang-Undang tentang Kebidanan.

Lahirnya regulasi tersebut menunjukkan perhatian yang serius dari pemerintah dalam memenuhi hak masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Dalam Pasal 3 Undang-Undang 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa Penyelenggaraan Kesehatan bertujuan:

- a. meningkatkan perilaku hidup sehat;
- b. meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan;
- c. meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia yang efektif dan efisien;
- d. memenuhi kebutuhan masyarakat akan Pelayanan Kesehatan;
- e. meningkatkan ketahanan Kesehatan dalam menghadapi KLB atau Wabah;
- f. menjamin ketersediaan pendanaan Kesehatan yang berkesinambungan dan berkeadilan serta dikelola secara transparan, efektif, dan efisien;
- g. mewujudkan pengembangan dan pemanfaatan Teknologi Kesehatan yang berkelanjutan; dan

- h. memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi Pasien, Sumber Daya Manusia Kesehatan, dan masyarakat.

Dalam Undang-undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan ini juga secara ekplisit mengatur tanggung jawab baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah erkaitan dengan penyelenggaraan kesehatan. Selain itu dalam Undang-undang ini juga disebutkan bahwa penyelenggaraan kesehatan terdiri atas:

- a. Upaya Kesehatan;
- b. Sumber Daya Kesehatan; dan
- c. pengelolaanKesehatan

Upaya Kesehatan sebagaimana ditujukan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dalam bentuk Upaya Kesehatan perseorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat. Sumber Daya Kesehatan dimanfaatkan untuk mendukung penyelenggaraan Upaya Kesehatan. Pengelolaan Kesehatan dilakukan terhadap Upaya Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan.

Upaya kesehatan itu merupakan Upaya Kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif yang berdampak pada individu dan masyarakat. Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan Upaya Kesehatan perseorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat. Dalam menyelenggarakan tanggung jawab tersebut Pemerintah Daerah melakukan:

- a. penetapan kebijakan daerah dengan berpedoman pada kebijakan nasional;
- b. perencanaan, pengelolaan, pemantauan, supervisi, dan evaluasi program;
- c. pengelolaan sistem rujukan Pelayanan Kesehatan tingkat daerah;
- d. penelitian dan pengembangan Kesehatan;
- e. pengelolaan dan pendistribusian Sumber Daya Kesehatan; dan

- f. penerbitan perizinan berusaha Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan meliputi:

- a. Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia;
- b. Kesehatan penyandang disabilitas;
- c. Kesehatan reproduksi;
- d. keluarga berencana;
- e. gizi;
- f. Kesehatan gigi dan mulut;
- g. Kesehatan penglihatan dan pendengaran;
- h. Kesehatan jiwa;
- i. penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular;
- j. Kesehatan keluarga;
- k. Kesehatan sekolah;
- l. Kesehatan kerja;
- l. Kesehatan olahraga;
- m. Kesehatan lingkungan;
- n. Kesehatan matra;
- o. Kesehatan bencana;
- p. pelayanan darah;
- q. transplantasi organ dan/ atau jaringan tubuh, terapi berbasis sel dan/ atau sel punca, serta bedah plastik
- r. rekonstruksi dan estetika;
- s. pengamanan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT;
- t. pengamanan makanan dan minuman;

- u. pengamanan zat adiktif;
- v. pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum;
- w. Pelayanan Kesehatan tradisional; dan
- x. Upaya Kesehatan lainnya

Upaya Kesehatan dalam bentuk pelayanan diselenggarakan melalui:

- a. Pelayanan Kesehatan primer; dan
- b. Pelayanan Kesehatan lanjutan.

Selanjutnya Sumber Daya Kesehatan meliputi:

- a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- b. Sumber Daya Manusia Kesehatan;
- c. Perbekalan Kesehatan;
- d. Sistem Informasi Kesehatan;
- e. Teknologi Kesehatan;
- f. pendanaan Kesehatan; dan
- g. sumber daya lain yang diperlukan

Selanjutnya terkait dengan kewenangan penyelenggaraan kesehatan merupakan bagian dari urusan bidang kesehatan. Dalam Undang-undang 17 tahun 2023 tentang kesehatan ini banyak sekali diatur secara tegas tanggung jawab pemerintah daerah dalam penyelenggaraan kesehatan di daerah.

Hal ini juga sejalan dengan kewenangan dalam 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 2020 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang menyatakan bahwa urusan bidang kesehatan merupakan

urusan pemerintah wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Selanjutnya urusan bidang kesehatan ini dijabarkan dalam Lampiran huruf B yang mana terdapat 4 sub urusan yakni :

1. Upaya kesehatan

- a. Pengelolaan UKP Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota;
- b. Pengelolaan UKM Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota.
- c. Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah kabupaten/kota

2. Sumber daya manusia kesehatan

- a. Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan.
- b. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten/kota.

3. Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, dan makanan minuman

- a. Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal.
- b. Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT).
- c. Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga.
- d. Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga.
- e. Pengawasan post-market produk makanan- minuman industri rumah tangga.

4. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui

tokoh kabupaten/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat kabupaten/kota

Berkaitan dengan itu kewenangan pemerintah daerah dibidang kesehatan tentunya harus sejalan dengan Arah kebijakan pembangunan daerah Kabupaten Dharmasraya. Arah kebijakan pembangunan Kabupaten Dharmasraya dapat dilihat dari dokumen Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) dan dalam dokumen Rencana Pembangunan Daerah Jangka Menengah (RPJMD).

RPJPD Kabupaten Dharmasraya terdapat dalam Peraturan Daerah Kabupaten Dharmasraya Nomor 6 Tahun 2024 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Dharmasraya Tahun 2025- 2045, Dalam Perda ini dinyatakan bahwa visi pembangunan jangka panjang Kabupaten Dharmasraya adalah : **“Dharmasraya Maju Yang Berbudaya Dan Berkelanjutan.”**

Untuk mewujudkan visi tersebut pemerintah Kabupaten dharmasraya menetapkan misi pembangunan jangka panjang sebagai berikut :

1. Mewujudkan transformasi sosial menuju sumberdaya manusia berkualitas yang terdidik, sehat dan sejahtera.
2. Mewujudkan transformasi ekonomi daerah bertumpu pada kegiatan ekonomi bernilai tambah tinggi dan ketahanan ekonomi lokal.
3. Mewujudkan transformasi tata kelola pembangunan yang maju.
4. Memantapkan keamanan daerah tangguh melalui penegakan supremasi hukum, kerukunan dan ketertiban masyarakat, serta stabilitas ekonomi makro daerah.
5. Memantapkan ketahanan sosial budaya dan ekologi melalui penegakan nilai “ABS-SBK”, pelestarian aset budaya dan ekologi.
6. Membangun wilayah secara merata dan berkeadilan.
7. Memantapkan pembangunan sarana dan prasarana yang berkualitas dan ramah lingkungan sebagai pusat pertumbuhan di Wilayah Tenggara Sumatera Barat.
8. Mewujudkan kesinambungan pembangunan daerah.

Selanjutnya, berkaitan dengan misi diatas yang terkait dengan kesehatan adalah misi angka 1 yakni Mewujudkan transformasi sosial menuju sumberdaya manusia berkualitas yang terdidik, sehat dan sejahtera. Maju dan sejahteranya suatu wilayah membutuhkan kualitas sumberdaya manusia yang terdidik dan sehat. Oleh sebab itu misi pertama dalam RPJPD ini berkonsentrasi pada transformasi sosial agar masyarakat menjadi terdidik, sehat dan sejahtera. Selanjutnya arah kebijakan terkait dengan misi ke 1 (satu) ini adalah

1. Kesehatan untuk semua
2. Pendidikan yang berkualitas yang merata
3. Lingkungan hidup berkualitas

Selanjutnya berkaitan dengan transformasi social untuk arah kebijakan kesehatan untuk semua ini dijabrakan lagi sebagai berikut :⁴⁵

1. Perluasan upaya promotif-preventif dan pembudayaan perilaku hidup sehat, melalui pemenuhan penyediaan air minum dan sanitasi, kesehatan, ruang terbuka hijau, dan fasilitas komunal pendukung kesehatan
2. Pemerataan dan peningkatan akses layanan kesehatan universal dan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, bermutu dengan biaya terjangkau
3. Peningkatan kualitas dan penyediaan sarana-prasarana pelayanan kesehatan primer dan rujukan.
4. Pencegahan dan pengendalian penyakit melalui pemberdayaan masyarakat dan imunisasi dasar lengkap dengan pendekatan budaya.
5. Percepatan penuntasan stunting dan pencegahan stunting.

⁴⁵ RPJPD Kabupaten Dharmasraya Tahun 2025-2045

6. Peningkatan ketahanan pangan dan gizi pada tingkat individu, keluarga, dan masyarakat.

7. Percepatan eliminasi penyakit menular dan penyakit tropis terabaikan

Rumusan visi, misi, dan tujuan pada RPJPD ini kemudian dijabarkan pada RPJMD, yaitu perencanaan pembangunan daerah untuk jangka waktu 5 tahunan. RPJMD ini ditetapkan dengan Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2021-2026.

Dalam RPJMD Tahun 2021 – 2026, pemerintah Kabupaten Dharmasraya menetapkan visi pembangunan jangka menengah daerah yaitu **“Terwujudnya Kabupaten Dharmasraya Maju Yang Mandiri Dan Berbudaya”**. Untuk mencapai visi, maka dirumuskanlah misi untuk memberikan kerangka bagi tujuan, sasaran, strategi dan arah kebijakan guna menentukan jalan yang akan ditempuh. Adapun misi RPJMD Kabupaten Dharmasraya 2021-2026 adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan pemerataan pembangunan infrastruktur
2. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia
3. Meningkatkan potensi ekonomi daerah yang berdaya saing
4. Meningkatkan kualitas birokrasi pemerintahan yang efektif dan efisien
5. Meningkatkan kualitas lingkungan hidup untuk pembangunan berkelanjutan
6. Meningkatkan nilai-nilai agama, adat dan budaya yang mencerminkan kepribadian daerah

Agar keenam rumusan misi ini dapat diwujudkan, pemerintah daerah Kabupaten Dharmasraya telah menetapkan tujuan dan sasaran, beserta indikatornya. Adapun tujuan dan sasaran serta indikator dalam RPJMD Kabupaten Dharmasraya tahun 2021 - 2026 yang mana salah satu misinya Meningkatkan kualitas sumber daya

manusia, Misi kedua ini bertujuan untuk Meningkatkan Kualitas Sumberdaya Manusia.

Sasaran yang ingin dicapai terdiri dari :

- a. Meningkatkan Derajat kesehatan masyarakat
- b. Meningkatkan kualitas pendidikan masyarakat
- c. Meningkatkan peran perempuan dalam pembangunan

Berdasarkan rumusan visi, misi, tujuan dan sasaran RPJMD Kabupaten Dharmasraya maka dapat disarikan delapan prioritas pembangunan yang disebut dengan astha utama kedua, dimana prioritas pembangunan ini menjadi dasar menyusun program pembangunan daerah sebagai berikut :

1. Pemerataan pembangunan infrastruktur
2. Mewujudkan ekonomi daerah yang maju
3. Memajukan pendidikan yang berkarakter
4. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
5. Mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik
6. Pembangunan yang berkelanjutan
7. Membangkitkan identitas daerah
8. Membangun berbasis nagar

Strategi dan arah kebijakan pembangunan merupakan langkah-langkah yang akan diterapkan untuk mewujudkan Visi dan Misi. Setiap strategis yang dirumuskan harus bisa menjawab permasalahan dan isu strategis yang dihadapi. Keterkaitan antara strategi dengan sasaran merupakan satu kesatuan utuh. Strategi yang dirumuskan harus bisa mencapai sasaran strategis daerah dan mendukung pencapaian visi dan misi yang telah ditetapkan.

Berdasarkan hal tersebut terkait dengan misi ke 2 yakni meningkatkan kualitas sumber daya manusia, yang salah satu sasarannya adalah Meningkatkan derajat

kesehatan masyarakat. Terkait dengan sasaran ini maka strategi yang akan diambil adalah :

1. Meningkatkan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat berbasis gender
2. Meningkatkan tata kelola upaya kesehatan

Arah kebijakan yang diambil untuk mewujudkan sasaran terkait Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yakni :

1. peningkatan pelayanan kesehatan dasar
2. peningkatan pelayanan kesehatan rujukan peningkatan layanan kesehatan dalam upaya promotif dan preventif dalam pengendalian penyakit menular dan penyakit tidak menular meningkatkan cakupan masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan menuju Total coverage peningkatan mutu sumber daya manusia

Strategi dan arah kebijakan tersebut memuat rumusan program-program sebagai prioritas pembangunan daerah oleh perangkat daerah termasuk prioritas pembangunan daerah di bidang kesehatan, yang salah satunya adalah PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT, dengan indikator kinerja program yakni Proporsi peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan.⁴⁶

Indikator Kinerja Utama (IKU) Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah/ IKU Perangkat Daerah dapat dilihat bahwa salah satu urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar adalah urusan bidang kesehatan.

Selanjutnya berkaitan dengan urusan penyelenggaraan penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan oleh pemerintah daerah kabupaten Dharmasraya melalui perangkat daerah yang membidangi urusan bidang kesehatan. Dalam Peraturan Bupati

⁴⁶ RPJMD Kabupaten Dharmasraya TAHUN 2021-2026

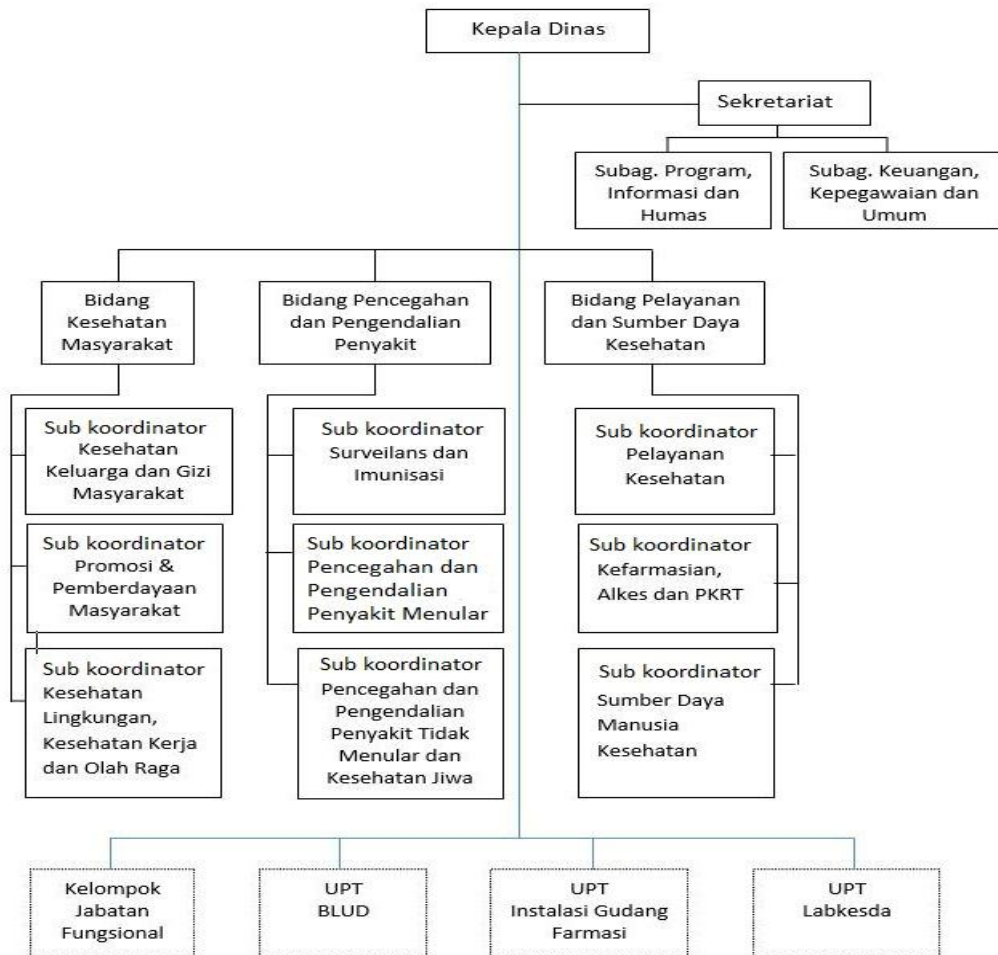
ini dijelaskan bahwa Dinas Kesehatan mempunyai tugas membantu Bupati dalam melaksanakan urusan pemerintahan dan tugas pembantuan di bidang kesehatan.

Dinas Kesehatan sesuai dengan Peraturan Bupati Dharmasraya Nomor 21 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan, dimana kepala dinas kesehatan membantu Bupati melaksanakan Urusan Pemerintahan di bidang kesehatan yang menjadi kewenangan Daerah dan Tugas Pembantuan yang diberikan kepada Daerah Kabupaten/Kota sedangkan untuk melaksanakan tugas pokok tersebut Kepala Dinas Kesehatan mempunyai fungsi sebagai berikut :

1. Perumusan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya kesehatan.
2. Pelaksanaan Kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya kesehatan.
3. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya kesehatan.
4. Pelaksanaan administrasi dinas sesuai dengan lingkup tugasnya.
5. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Kepala Daerah terkait dengan bidang kesehatan.

Struktur Organisasi Dan Tata Kerja

Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya



Dilihat dari struktur organisasi perangkat daerah Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya, dapat diuraikan tugas yang ada di Dinas Kesehatan sebagai berikut.

1. Kepala Dinas Kesehatan

Kepala Dinas mempunyai tugas membantu Bupati melaksanakan Urusan Pemerintahan di bidang kesehatan yang menjadi kewenangan Daerah dan Tugas Pembantuan yang diberikan kepada Daerah

2. Sekretaris Dinas Kesehatan

Sekretaris mempunyai tugas merencanakan operasional, mengelola, mengkoordinasikan, mengendalikan, mengevaluasi dan melaporkan urusan

umum, kepegawaian, keuangan, perencanaan, evaluasi dan pelaporan.

3. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat

mempunyai tugas menyiapkan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis, dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan keluarga dan gizi masyarakat.

4. Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa.

5. Kepala Bidang Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan

mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, pelayanan kesehatan tradisional, kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya manusia kesehatan.

Selanjutnya dalam penyelenggaraan kesehatan tidak luput dari permasalahan, berdasarkan data dari dinas kesehatan, dapat diketahui beberapa permasalahan dari program kesehatan yakni :

NO	PROGRAM	PERMASALAHAN
1	PTM (Penyakit Tidak menular)	a. Masih Banyak Masyarakat yang tidak mau datang ke Posbindu (Pos Pembinaan terpadu)
		b. Masyarakat mau melakukan pemeriksaan IVA Test kalau sudah ada keluhan/sakit
		c. Bagi wanita usia subur yang disarankan untuk tes IVA pada umumnya mereka malu untuk melakukan pemeriksaan
		d. Masih kurangnya kesadaran/pemahaman keluarga terkait dengan pelayanan kesehatan yang harus didapatkan oleh penderita ODGJ

		e. Masih kurangnya kesadaran masyarakat untuk melakukan skrining kesehatan jiwa
2	Penyakit Menular	A. DBD a. Kurangnya kesadaran masyarakat untuk menjaga lingkungan bersih dari jentik nyamuk b. Masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk Pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) c. Seringkali masyarakat menganggap solusi utama untuk mengatasi DBD adalah foging d. Masyarakat kurang memahami gejala DBD sehingga tidak melakukan pemeriksaan /merasa bisa mengobati sendiri B. TBC a. Masih rendahnya pemeriksaan dan skrining TBC b. Stigma masyarakat terhadap pasien TBC masih keliru dan diskriminatif , sehingga stigma ini berdampak terhadap kehidupan pasien TBC yaitu penderita TBC menunda Pengobatan, penderita TBC tidak patuh terhadap pengobatan c. Investigasi kontak yang masih rendah /yang dilaksanakan belum berkualitas d. Penjarangan terduga yang dilaksanakan masih longgar e. Masih banyak nya pasien yang tidak menyelesaikan pengobatan karena jangka waktu pengobatan yang panjang (6 bulan)
3	Imunisasi	Masih banyak orang tua yang menolak anaknya untuk imunisasi dengan alasan demam, alasan kepercayaan
4	Rabies	a. Masih banyaknya hewan penular rabies (anjing dan kucing) yang dipelihara tanpa perawatan oleh pemiliknya b. Kurangnya sosialisasi tentang regulasi pemeliharaan hewan penular rabies
5	Pengawasan Obat dan Makanan	a. Penyalahgunaan izin fasilitas pelayanan kefarmasian (Apotek & toko obat) b. Masih adanya obat yang tidak layak edar atau obat tanpa izin edar (TIE)

		c. Masih adanya sarana yang belum menerapkan standar pelayanan kefarmasian sesuai dengan peraturan yang berlaku d. Masih kurangnya pemahaman terkait Keamanan Pangan Jajanan Anak Sekolah (PJAS) e. Pengawasan PJAS masih belum optimal terkait penyalahgunaan bahan berbahaya, cemaran mikroba dan Bahan Tambahan Pangan (BTP) f. Masih Banyak nya penjual makanan di luar lingkungan sekolah g. Kurang nya kesadaran pelaku usaha IRTP untuk mengurus izin IRTP.
6	KIA	a. Masih Tinggi AKI dan AKB b. Kunjungan ibu hamil masih banyak diatas TW I sehingga K6 tidak tercapai c. Masih ada persalinan non nakes dan di non fasyankes d. Kunjungan bayi masih rendah termasuk ke posyandu
7	GIZI	a. Masih ada balita dengan gizi kurang yang belum diberikan PMT b. Capaian program yang belum terinput dalam aplikasi SIGIZI

Kemudian terkait dengan jaminan kesehatan nasional, Pada bulan Desember tahun 2023 Pemerintahan Daerah Kabupaten Dharmasraya telah melakukan Percepatan Universal Health Coverage (UHC) yang sesuai dengan Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dengan jumlah kepesertaan Kabupaten Dharmasraya sebesar 61.778 jiwa dengan skema Sharing pembiayaan Pemerintah Provinsi Sumatera Barat 20% dan 80% ditanggung oleh Pemda Kabupaten Dharmasraya.

Pada Tahun 2025 pembiayaan premi JKN terkendala dengan anggaran yang mana pembayaran premi iuran BPJS dianggarkan baru 7 bulan dengan jumlah Rp.

13.319.336.800 masih ada kekurangan anggaran premi untuk 5 bulan dengan jumlah Rp. 9.513.812.000.⁴⁷

Pada tahun 2024, jumlah peserta JKN di Kabupaten Dharmasraya sebanyak 242.141 jiwa, yang terdiri dari 157.941 jiwa penerima bantuan iuran APBN dan 69.260 jiwa penerima bantuan iuran APBD. Pekerja penerima upah sebanyak 53.075 jiwa, pekerja bukan penerima upah/ mandiri sebesar 28.582 jiwa dan bukan pekerja sebesar 2.543 jiwa. Adapun yang termasuk dalam kelompok pekerja penerima upah adalah pejabat negara, pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), Aparatur Sipil Negara (ASN), TNI/POLRI, kepala desa dan perangkat desa, pegawai swasta, serta pekerja lain yang menerima upah/gaji. Pada tahun 2024 jumlah kepesertaan jaminan kesehatan adalah 100%, ini sudah mencapai dari target pemerintah yaitu seluruh masyarakat di Kabupaten Dharmasraya telah memiliki akses terhadap jaminan kesehatan (*Total Coverage*).⁴⁸ Selanjutnya per 1 mei Tahun 2025 jumlah kepesertaan Jaminan social sebesar 99.22 %⁴⁹.

Dalam upaya meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan telah melakukan berbagai bentuk intervensi strategis atau melalui inovasi-inovasi yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Inovasi-inovasi ini bertujuan untuk menjangkau kelompok sasaran secara lebih efektif, meningkatkan kesadaran serta partisipasi masyarakat, dan memastikan tercapainya indikator-indikator prioritas di bidang kesehatan.

⁴⁷ Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya

⁴⁸ Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024 halaman 38

⁴⁹ Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya

Beberapa bentuk inovasi unggulan yang telah dikembangkan oleh Dinas Kesehatan antara lain:⁵⁰

NO	NAMA INOVASI	OPD PENGAMPU
1	PATWAL MILITER (Patut Kawal Ibu Hamil Baca Buku KIA Terintegrasi)	Dinas Kesehatan
2	SUMBAR RANCAK (Surat Untuk Mengabarkan Rencana Imunisasi Anak)	

PATWAL MILITER merupakan inovasi pelayanan yang terintegrasi dalam pendampingan ibu hamil melalui pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Program ini bertujuan untuk memastikan setiap ibu hamil mendapatkan pemantauan yang optimal, meningkatkan kesadaran literasi kesehatan ibu, serta memperkuat jejaring lintas sektor dalam pengawalan kehamilan yang aman dan sehat. SUMBAR RANCAK adalah inovasi komunikasi publik berupa surat pemberitahuan terjadwal kepada orang tua mengenai rencana imunisasi anak. Program ini dirancang untuk mengurangi angka ketidakhadiran dalam layanan imunisasi, meningkatkan cakupan imunisasi dasar lengkap, serta mempermudah koordinasi antara fasilitas kesehatan dan keluarga. Melalui inovasi program –program inovatif seperti ini, Dinas Kesehatan berkomitmen untuk terus memperkuat sistem kesehatan yang berorientasi pada pencegahan, pelayanan promotif, serta peningkatan partisipasi aktif masyarakat.

Selain Dinas Kesehatan, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) juga turut berperan aktif dalam mengembangkan berbagai inovasi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan tingkat pertama. Inovasi-inovasi ini bersifat kontekstual, disesuaikan dengan kebutuhan lokal, serta mencerminkan komitmen untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Secara luas Tujuan utama dari inovasi-inovasi ini adalah untuk Meningkatkan akses dan mutu layanan, Memperkuat upaya promotif dan

⁵⁰ ibid

preventif di masyarakat, Meningkatkan partisipasi lintas sektor, Serta mendorong perubahan perilaku hidup sehat secara berkelanjutan. Berikut adalah daftar inovasi yang diinisiasi oleh berbagai UPT Puskesmas di Kabupaten Dharmasraya :⁵¹

NO	NAMA INOVASI	OPD PENGAMPU
1	KANTIN (Kelasnya Calon Pengantin)	UPT PUSKESMAS SUNGAI DAREH
2	ABAH TELUNGKUP (Ada buah dan telur pelengkap isi tas ku)	UPT PUSKESMAS KOTO BARU
3	IMSAK (Ibu- Ibu Memilah Sampah Plastik)	UPT PUSKESMAS TIMPEH
4	PERIH (Periksa Triple Ibu Hamil)	
5	CETAR (Cepat Tanggap Darurat)	
6	SKUP KADU (Screening Kesehatan Unik Pustu Kader Unggul)	
7	GEMOY SEJIWA (Gerakan Minum Obat Yuk, Sehatkan Jiwa)	
8	PERI LEBAH REMATRI (Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Remaja Putri di Sekolah)	UPT PUSKESMAS KOTO BESAR
9	KURMA MILK DAN ROTI (Kunjungan Rumah Bumil Kek Dan Resiko Tinggi)	UPT PUSKESMAS TIUMANG
10	GEMAR PETE (Gerakan Masyarakat Peduli Hipertensi)	
11	KECAPUTI (Kelas Catin Puskesmas Tiumang)	
12	GETUK TB (Gerakan Ketuk Pintu Tuberculosis)	UPT PUSKESMAS BERINGIN SAKTI

⁵¹ Ibid

13	KITA REHAT (Klinik Terintegrasi Untuk Masyarakat Sehat)	UPT PUSKESMAS SUNGAI RUMBAI
14	SEGAR JIWA WARGA (Skrining Kesehatan Kebugaran Jiwa Pegawai dan Keluarga)	
15	MELIPUT AKSI TEBU (Komitmen Eliminasi Jemput Aktif dan Responsive Tuberkulosis)	
16	POJOK CERHATI (Pojok Cerita Kesehatan yang Menginspirasi)	UPT PUSKESMAS SITIUNG 1
17	CETAR GEMAS SHK (Cegah Retardasi Mental Menuju Generasi Emas dengan SHK/Skrining Hipotiroid Kongenital)	
18	I See TB (Identifikasi Screening Tuberculosis)	
19	CENTING MANISE (Cegah anemia dan stunting dengan makan bergizi dan suplementasi Fe)	UPT PUSKESMAS SITIUNG IV
20	PARE BORING (Pantau Faktor Resiko PTM dengan buku monitoring)	
21	IKAN PATIN (Ikrar kesehatan pada calon pengantin)	
22	CINTIA RINDU (Cegah Infeksi TB anak dengan skrining di Posyandu)	
23	APEL MENTAH (Alarm peduli menurunkan kematian ibu hamil)	
24	SEIMBANG (Sertifikat bayi dengan imunisasi booster lengkap)	

Dengan ragam inovasi tersebut, diharapkan Puskesmas tidak hanya menjadi pusat layanan kesehatan, tetapi juga motor penggerak perubahan sosial dan budaya hidup sehat di ditengah masyarakat. Kolaborasi lintas sektor, dukungan masyarakat, dan keberlanjutan program menjadi kunci keberhasilan inovasi-inovasi ini dalam menjawab tantangan kesehatan masyarakat secara langsung.

Selanjutnya, dalam praktik penyelenggaraan birokrasi di bidang kesehatan, Kabupaten Dharmasraya hingga saat ini belum memiliki regulasi khusus dalam bentuk peraturan daerah yang secara spesifik mengatur tentang penyelenggaraan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, pemerintah daerah masih berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, seperti undang-undang, peraturan pemerintah, serta peraturan dari kementerian terkait. Ketiadaan regulasi daerah yang spesifik ini menjadi salah satu tantangan dalam pelaksanaan tugas dan kewenangan di bidang kesehatan. Hal ini dapat menimbulkan ketidakpastian dalam pengambilan keputusan, keterbatasan ruang inovasi kebijakan daerah, serta potensi ketidaksesuaian antara kebutuhan daerah dengan kebijakan nasional. Oleh karena itu, diperlukan penyusunan regulasi dalam bentuk peraturan daerah yang komprehensif agar penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya dapat berjalan lebih optimal, terarah, dan sesuai dengan karakteristik serta kebutuhan masyarakat setempat.

2. Kajian terhadap Kondisi yang ada serta Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat

Kabupaten Dharmasraya dengan ibu kota pulau punjung merupakan salah satu kabupaten yang ada di Sumatera Barat yang berada pada persimpangan jalur lintas Sumatera yang menghubungkan padang, pekanbaru hingga jambi. Kabupaten Dharmasraya terbentuk berdasarkan Undang-undang Nomor 38 Tahun 2003 tentang

Pembentukan Kabupaten Dharmasraya, Kabupaten Solok Selatan dan Kabupaten Pasaman Barat di Provinsi Sumatera Barat.

Kabupaten Dharmasraya merupakan hasil pemekaran dari Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung dan diresmikan pada tanggal 7 Januari 2004 yang ditandai sebagai hari jadi Kabupaten Dharmasraya yang dikenal juga dengan sebutan Ranah Cati Nan Tigo.

Kabupaten Dharmasraya terletak pada posisi 00°48'25,367"- 1°41'40,269" LS dan 101°8'32,52"-101°53'30,166" BT, yang merupakan kabupaten di ujung tenggara Provinsi Sumatera Barat serta berada di perbatasan Provinsi Sumatera Barat dengan Provinsi Jambi dan Provinsi Riau serta dilintasi oleh jalur Jalan Lintas Tengah Sumatera.

Secara administratif, wilayah Kabupaten Dharmasraya berbatasan langsung dengan :

- Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Sijunjung, serta Kabupaten Kuantan Singingi Provinsi Riau
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Bungo dan Kabupaten Kerinci Provinsi Jambi
- Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Bungo dan Kabupaten Tebo Provinsi Jambi
- Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Solok dan Kabupaten Solok Selatan Provinsi Sumatera Barat.

Luas wilayah Kabupaten Dharmasraya berdasarkan Perda No 10 Tahun 2012 yaitu 2.961,13 Km² (296.113 Ha) dengan jumlah sungai sebanyak 59 buah atau sepanjang 50,9 km.

Luas tutupan lahan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2017 terdiri dari lahan pertanian, hutan dan permukiman. tutupan lahan untuk lahan pertanian memiliki persentase paling dominan. Luas lahan pertanian di Kabupaten Dharmasraya secara keseluruhan seluas 240.834 Ha (79,31% dari luas wilayah). Lahan pertanian yang dominan di Kabupaten Dharmasraya yaitu perkebunan sawit seluas 188.951 Ha dan karet seluas 29.946 Ha. Lahan pertanian tanaman pangan lahan basah/persawahan seluas 4.296 Ha (1,41%). Lahan pertanian tanaman pangan lahan kering (ladang/tegalan dengan palawija) seluas 11.628 Ha (3,83%). Sedangkan luas tutupan lahan hutan di Kabupaten Dharmasraya 53.580 Ha (17,65% dari luas wilayah), selanjutnya luas kawasan permukiman 2.467 Ha (0,82% dari luas wilayah). Kawasan permukiman dominan berkembang diarah timur dan tenggara wilayah yang meliputi Kecamatan Koto Salak, Koto Besar, Tiumbang, Koto Baru, Sitiung, Padang Laweh, dan Timpeh. Sebagian perkembangan permukiman didorong oleh perkembangan permukiman transmigrasi yang sudah dimulai sejak tahun 1970-an. Selain itu terdapat tutupan lahan lain yaitu semak belukar dan perairan seluas 3.353 Ha (1,10%).

Selanjutnya dilihat dari kondisi topografi, wilayah Kabupaten Dharmasraya secara umum merupakan wilayah perbukitan dan pergunungan dengan kondisi topografi berada pada ketinggian 100-2.600 meter diatas permukaan laut (mdpl). Wilayah dengan ketinggian mulai dari 100 mdpl berada pada bagian kawasan yang mengarah ke sebelah timur, sedangkan ketinggian 2.600 mdpl berada pada kawasan yang menjadi bagian dari gugusan Bukit Barisan di sebelah barat. Kelerengan lahan bervariasi dari datar, landai sampai sangat curam.

Dilihat dari kondisi hidrologi, wilayah Kabupaten Dharmasraya terletak pada Sub Daerah Aliran Sungai (Sub DAS) Batanghari Hulu yang merupakan bagian dari DAS Batanghari. Wilayah Kabupaten Dharmasraya dialiri oleh banyak sungai/batang,

dan salah satu sungai yang menjadi bagian dari sistem hidrologi Sumatera Barat dan Jambi adalah Sungai Batanghari. Saat ini Sungai Batanghari masih menjadi tempat berlangsungnya kegiatan pasar hasil bumi dari wilayah Kabupaten Dharmasraya, Kabupaten Solok, Kabupaten Dharmasraya dan Kabupaten Solok Selatan, yang selanjutnya dijual oleh para pedagang di Kota Jambi dan Kuala Tungkal.

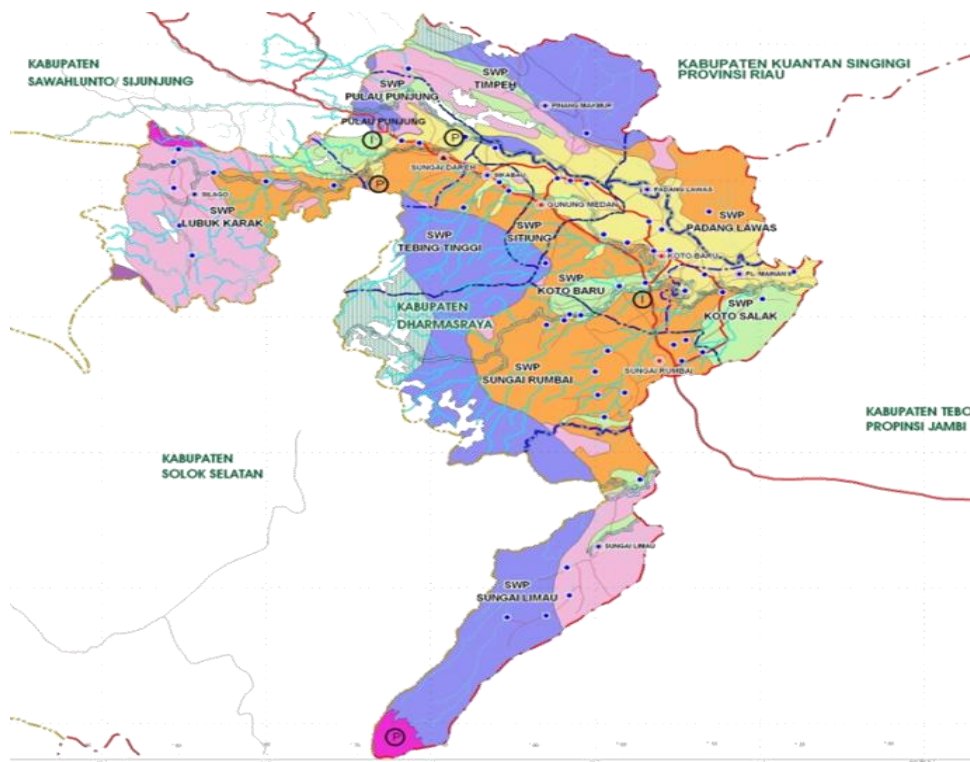
Berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2008 tentang Penataan dan Pembentukan Kecamatan, jumlah kecamatan di Kabupaten Dharmasraya terdiri dari 11 kecamatan yakni :

1. Kecamatan Sungai Rumbai
2. Kecamatan Koto Besar
3. Kecamatan Asam Jujuhan
4. Kecamatan Koto Baru
5. Kecamatan Koto Salak
6. Kecamatan Tiumang
7. Kecamatan Padang Laweh
8. Kecamatan Sitiung
9. Kecamatan Timpeh
10. Kecamatan Pulau Punjung
11. Kecamatan Sembilan Koto

Kecamatan terluas di Kabupaten Dharmasraya adalah Kecamatan Koto Besar yaitu seluas 488,19 Km persegi atau sekitar 16,49 persen total luas, sementara itu yang terkecil adalah Kecamatan Sungai Rumbai yang hanya seluas 47,63 km persegi atau hanya sekitar 1,61 persen dari total luas. Kecamatan terjauh dari Ibukota Kabupaten adalah Kecamatan Asam Jujuhan yang jaraknya mencapai 85 Km. Berikut data jumlah kecamatan beserta luasnya :

Kecamatan <i>District</i>	Ibukota Kecamatan <i>Capital of District</i>	Luas Total Area (km ² /sq.km)
(1)	(2)	(3)
Sungai Rumbai	Sungai Rumbai	47,63
Koto Besar	Koto Besar	488,19
Asam Jujuhan	Sungai Limau	257,72
Koto Baru	Koto Baru	251,35
Koto Salak	Koto Salak	464,39
Tiumang	Tiumang	129,18
Padang Laweh	Padang Laweh	59,76
Sitiung	Sitiung	87,68
Timpeh	Tabek	237,93
Pulau Punjung	Sungai Dareh	482,50
IX Koto	Silago	454,80
Dharmasraya		2.961,13

Kalau kita lihat dari Peta kabupaten dharmasraya dapat digambar sebagai berikut :



Sedangkan berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2017 tentang Pembentukan dan Penataan Nagari, maka Kabupaten Dharmasraya terdiri dari 52

nagari, sedangkan untuk jorong terdapat perubahan dari sebelumnya berjumlah 260 jorong menjadi 461 jorong, dengan rincian sebagai berikut :

Kecamatan Subdistrict	Nagari Nagari	Jorong Jorong
(1)	(2)	(3)
1. Sungai Rumbai	4	43
2. Koto Besar	7	43
3. Asam Jujuhan	5	22
4. Koto Baru	4	73
5. Koto Salak	5	44
6. Tiumang	4	30
7. Padang Laweh	4	17
8. Sitiung	4	52
9. Timpeh	5	40
10. Pulau Punjung	6	62
11. Sembilan Koto	4	35
Dharmasraya	52	461

Dengan terbentuknya nagari, selanjutnya pembangunan yang dilaksanakan di Dharmasraya sudah tentu akan berbasis nagari. Jika ditunjang dengan semangat membangun dari tingkat nagari maka aspirasi masyarakat akan lebih mudah untuk disalurkan melalui nagari. Nagari terjauh dari pusat pemerintahan kabupaten adalah Nagari Lubuk Besar yang berjarak sekitar 110 km.

Jumlah penduduk suatu wilayah dipengaruhi oleh faktor kelahiran, kematian dan migrasi/ perpindahan penduduk. Jumlah penduduk Kabupaten Dharmasraya terus mengalami peningkatan dengan laju pertumbuhan 2,68 persen per tahun hingga pada tahun 2022 jumlah penduduk Kabupaten Dharmasraya sebanyak 234.713 orang yang terdiri dari 119.505 laki-laki dan 115.208 perempuan.⁵² Tahun 2025 jumlah penduduk Kabupaten Dharmasraya yakni sebanyak 248.105 jiwa.

⁵² Kabupaten Dharmasraya dalam angka Tahun 2025

Perubahan struktur dan komposisi penduduk dapat dilihat dari perbandingan piramida penduduk dimana penduduk Kabupaten Dharmasraya didominasi oleh penduduk usia muda. Secara umum jumlah penduduk laki-laki lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan. Hal ini dapat dilihat oleh besarnya angka/nilai sex ratio dimana pada tahun 2024, sex ratio sebesar 102,7 menunjukkan bahwa untuk setiap 100 penduduk perempuan terdapat 102 sampai 103 penduduk laki-laki.

Jika dilihat berdasarkan distribusi jumlah penduduk menurut kecamatan, Kecamatan Pulau Punjung menjadi kecamatan dengan jumlah penduduk paling banyak, yakni mencapai 49.053 orang dan distribusinya sebesar 20,10 persen dari total penduduk Dharmasraya. Selanjutnya kedua terbanyak adalah Kecamatan Koto Baru dengan jumlah penduduk sebanyak 33.910 orang. Sedangkan jumlah penduduk paling sedikit berada di Kecamatan Padang Laweh, yakni sebesar 6.907 orang.

Kepadatan penduduk dapat dihitung berdasarkan jumlah penduduk untuk setiap kilometer persegi. Penduduk yang paling padat berada di Kecamatan Sungai Rumbai yaitu sebesar 512 orang per Km persegi, dan paling jarang penduduknya di Kecamatan Sembilan Koto yakni 22 orang per Km persegi. Ditinjau dari kelompok umur, penduduk Dharmasraya lebih didominasi oleh penduduk dengan umur 0 s.d 4 tahun sejumlah 20.758 jiwa kemudian umur 30 s.d 34 tahun sejumlah 20.567 jiwa sementara itu penduduk Kabupaten Dharmasraya paling sedikit adalah pada kelompok umur di atas 75 tahun yang hanya berjumlah 3.352 jiwa. Paling banyak penduduk perempuan yang berusia 25 tahun keatas di Kabupaten Dharmasraya melangsungkan pernikahan pertamanya pada usia di atas 25 tahun yaitu sekitar 59.286 jiwa dari total penduduk perempuan usia 10 tahun ke atas sejumlah 66.566 jiwa. Atau sekitar 89,1 persen perempuan usia 10 tahun keatas menikah pertama kalinya di usia 25 keatas.

Pertumbuhan jumlah penduduk adalah tantangan sekaligus peluang bagi suatu negara. Di satu sisi, jumlah penduduk yang besar bisa menjadi kekuatan ekonomi melalui tenaga kerja dan pasar yang luas. Namun di sisi lain, jika tidak dikelola dengan baik, pertumbuhan ini bisa membebani berbagai sektor vital, terutama sektor kesehatan.

Ketika jumlah penduduk meningkat, kebutuhan akan layanan kesehatan pun ikut meningkat. Hal ini mencakup kebutuhan akan fasilitas kesehatan, tenaga medis, obat-obatan, hingga sistem manajemen kesehatan yang efisien. Jika pertumbuhan penduduk tidak diimbangi dengan penyelenggaraan sistem kesehatan yang baik, maka risiko timbulnya berbagai permasalahan kesehatan masyarakat akan semakin tinggi.

Contohnya, populasi yang padat tanpa infrastruktur sanitasi dan pelayanan kesehatan yang memadai akan lebih rentan terhadap penyebaran penyakit menular, kekurangan gizi, serta tingginya angka kematian ibu dan bayi. Selain itu, beban penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung juga meningkat seiring perubahan gaya hidup masyarakat perkotaan yang padat.

Penyelenggaraan kesehatan yang baik bukan hanya tentang membangun rumah sakit atau menyediakan obat. Ia mencakup sistem yang menyeluruh dan berkelanjutan, seperti:

1. Akses yang Merata, dimana setiap warga negara, tanpa memandang status ekonomi atau tempat tinggalnya, harus memiliki akses terhadap layanan kesehatan.
2. Pencegahan dan Edukasi: Edukasi kesehatan harus ditingkatkan untuk mendorong masyarakat hidup sehat dan mencegah penyakit sejak dini.
3. Tenaga Medis yang Cukup dan Kompeten: Pemerataan distribusi dokter dan tenaga kesehatan lainnya sangat penting, khususnya di daerah terpencil.
4. Pendanaan dan Jaminan Kesehatan: Sistem jaminan kesehatan nasional harus kuat agar layanan bisa dijangkau semua kalangan.

Pertumbuhan jumlah penduduk yang tidak diimbangi dengan sistem kesehatan yang baik dapat memperburuk kualitas hidup masyarakat. Oleh karena itu, pemerintah dan semua elemen masyarakat perlu bersinergi untuk memperkuat sistem kesehatan nasional, demi masa depan yang lebih sehat dan berkelanjutan. Kesehatan adalah hak dasar manusia, dan menyelenggarakannya secara merata dan berkualitas adalah fondasi penting bagi kemajuan suatu bangsa.

Peningkatan pelayanan kesehatan bertujuan untuk menghasilkan derajat kesehatan masyarakat lebih tinggi sehingga memungkinkan masyarakat hidup lebih produktif. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat antara lain tersedianya sarana kesehatan, jumlah tenaga kesehatan dan keadaan lingkungan yang memadai dan mutu makanan yang dikonsumsi.⁵³

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Hal ini menunjukkan sarana kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Pada tahun 2024, Kabupaten Dharmasraya mempunyai 2 (dua) rumah sakit umum daerah dan 15 (lima belas) Puskesmas yang terdiri dari 6 (enam) puskesmas rawatan dan 9 (sembilan) puskesmas non rawatan. Hal ini diharapkan dapat memenuhi akses pelayanan kesehatan di pelayanan dasar dan pelayanan rujukan masyarakat Kabupaten Dharmasraya., berikut uraian sarana kesehatan beserta akses dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan di Kabupaten Dharmasraya :

a. Rumah Sakit Umum Daerah

Kabupaten Dharmasraya mempunyai 2 (dua) Rumah sakit umum daerah yaitu, Rumah Sakit Umum Sungai Dareh Type C di Kecamatan Pulau Punjung dan Rumah Sakit Umum Sungai Rumbai Type D di Kecamatan Sungai Rumbai. Kedua

⁵³ Ibid hal 104

rumah sakit umum tersebut sudah memiliki kemampuan pelayanan gawat darurat (gadar) level 1 (100%).

Jumlah tempat tidur dari 2 Rumah Sakit di Kabupaten Dharmasraya pada Tahun 2024 sebanyak 229 tempat tidur. Jumlah ini menurun bila dibandingkan tahun 2023 yang sebesar 237 tempat tidur. Hal ini disebabkan salah satu rumah sakit yaitu RSUD Sungai Dareh yang berpindah lokasi, lokasi yang baru ruangan tidak mencukupi untuk tempat tidur dengan jumlah yang lama. Rasio tempat tidur rumah sakit per 1.000 populasi di Kabupaten Dharmasraya pada tahun 2024 adalah sebesar 0,93. Angka ini berarti 0,93 tempat tidur melayani 1.000 populasi. Angka ini memenuhi standar nasional rasio tempat tidur yaitu 1 tempat tidur per 1.000 penduduk.

Kunjungan rawat jalan rumah sakit pada tahun 2024 sebanyak 70.271 orang. Angka tersebut meningkat 11,15% dibandingkan dengan tahun 2023 sebanyak 63.218. Namun, untuk rawat inap menunjukkan penurunan sebesar 3,8%. Kunjungan rawat inap pada tahun 2024 sebesar 10.298 orang dan tahun 2023 sebesar 10.700 orang.

b. Pusat Kesehatan Masyarakat

Perbedaan peran penting Puskesmas dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya adalah adanya wilayah pertanggungjawaban atau yang lebih dikenal dengan wilayah kerja yang dilakukan oleh pemerintah dan pemerintah daerah. Dengan adanya prinsip ini, Puskesmas berkewajiban menggerakkan dan bertanggung jawab atas pembangunan kesehatan dan status kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama yang berimplikasi pada ragam ketersediaan sifat layanan kesehatan di Puskesmas seperti

promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Berikut rincian puskesmas perkecamatan :

Puskesmas Rawat Inap dan Puskesmas Non Rawat Inap

No	Kecamatan	Puskesmas			PUSTU
		Rawat Inap	Non Rawatan	PONED	
1	Silago	1	-	1	3
2	Pulau Punjung	-	2	-	4
3	Sitiung	1	1	1	4
4	Timpeh	1	1	1	5
5	Padang Laweh	1	-	1	2
6	Koto Baru	1	-	1	5
7	Koto Salak	-	1	-	4
8	Sungai Rumbai	-	1	-	4
9	Koto Besar	-	2	-	5
10	Tiumang	-	1	-	7
11	Asam Jujuhan	1	-	1	0
Kabupaten		6	9	6	43

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat, sebelas kecamatan yang ada di Kabupaten Dharmasraya sudah mempunyai puskesmas. Empat kecamatan diantaranya memiliki dua puskesmas. Dengan enam diantaranya berstatus PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar). Enam puskesmas tersebut adalah Puskesmas Koto Baru, Puskesmas Sitiung I, Puskesmas Padang Laweh, Puskesmas Silago, Puskesmas Sungai Limau dan Puskesmas Timpeh.

Puskesmas Pembantu (Pustu) merupakan jaringan pelayanan Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam

wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas Pembantu merupakan bagian integral Puskesmas, yang harus dibina secara berkala oleh Puskesmas. Adapun Pustu di Kabupaten Dharmasraya berjumlah 43 unit.

Amanat dari peraturan Permenkes RI No.34 tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, dipersyaratkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan wajib terakreditasi. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan bertujuan untuk memberi jaminan pemenuhan standar pelayanan dan keamanan bagi konsumen pengguna layanan fasilitas pelayanan kesehatan. Pada tahun 2024 keseluruhan Puskesmas di Kabupaten Dharmasraya telah terakreditasi. Tingkat strata akreditasi Puskesmas di Kabupaten Dharmasraya dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Status Akreditasi Puskesmas Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024

No	Puskesmas	Status Akreditasi
1	Sungai Dareh	Paripurna
2	Sialang	Paripurna
3	Silago	Paripurna
4	Gunung Medan	Paripurna
5	Sitiung 1	Paripurna
6	Timpeh	Paripurna
7	Padang Laweh	Utama
8	Sitiung 2	Paripurna
9	Koto Baru	Paripurna
10	Tiumang	Paripurna
11	Sungai Rumbai	Paripurna
12	Koto Besar	Utama
13	Sungai Limau	Utama
14	Beringin Sakti	Utama

15	Sitiung 4	Utama
----	-----------	-------

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat dari 15 (empat belas) puskesmas yang ada di Kabupaten Dharmasraya 100% sudah terakreditasi, 10 puskesmas dengan akreditasi paripurna dan 5 puskesmas dengan akreditasi utama.

Dilihat dari akses dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan, jumlah kunjungan rawat jalan di seluruh Puskesmas di Kabupaten Dharmasraya tahun 2024 sebanyak 793.061 kunjungan. Jumlah kunjungan ini mengalami penurunan sebanyak 44.566 kunjungan dibandingkan tahun sebelumnya yang sebanyak 837.627 kunjungan. Rendahnya kunjungan disebabkan karena kurang updatenya pencatatan dan pelaporan di puskesmas. Jumlah kunjungan Puskesmas tertinggi di tahun 2024 yaitu di Puskesmas Sungai Rumbai dengan 136.909 kunjungan, diikuti oleh Puskesmas Sitiung I sebanyak 73.970 kunjungan, dan Puskesmas Koto Besar sebanyak 48.102 kunjungan. Jumlah kunjungan Puskesmas terendah di tahun 2024 yaitu di Puskesmas Beringin Sakti dengan 1.413 kunjungan.

Selanjutnya Puskesmas PONED melayani rawat inap untuk kasus persalinan normal dan perawatan bayi baru lahir serta menangani kegawatdaruratan maternal dan neonatal dasar. Pada tahun 2024, tercatat 2.855 kunjungan rawat inap pada 6 puskesmas PONED. Selanjutnya jumlah kunjungan rawat inap pada Puskesmas PONED di tahun 2024 menunjukkan penurunan dibandingkan 2023, hal ini disebabkan karena kurang updatenya pencatatan dan pelaporan di Puskesmas. Kunjungan rawat inap terbanyak tahun 2024 di Puskesmas PONED adalah Puskesmas Koto Baru sebanyak 994 kunjungan.

Puskesmas juga memberikan pelayanan kesehatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat. Pelayanan kesehatan pada penderita ODGJ dilakukan secara terpadu dan terintegrasi antara kegiatan UKM dan kegiatan UKP,

melalui pelayanan rawat jalan dan home visite. Tahun 2024 kunjungan ODGJ sebanyak 1.201 kunjungan dari 927 ODGJ, kunjungan terbanyak pada laki-laki sebesar 66%, dan semua pasien ODGJ yang ada di Kabupaten Dharmasraya sudah mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.

c. Sarana kesehatan lainnya

Partisipasi pembangunan kesehatan melalui pemenuhan sarana kesehatan tentu tidak hanya kewajiban pemerintah daerah saja. Pada Kabupaten Dahrmasraya Pihak swasta juga ikut dalam meningkatkan pemenuhan sarana kesehatan. Sarana kesehatan swasta yang ada di Kabupaten Dharmasraya untuk meningkatkan akses dan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Sarana Kesehatan lainnya

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Klinik Utama	4
2	Klinik Pratama	20
3	Praktik Dokter Umum Perorangan	49
4	Praktik Dokter Gigi Perorangan	24
5	Praktik Dokter Spesialis Perorangan	7
6	Praktik Mandiri Bidan	75
6	Apotek	50
7	Toko Obat	16

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa Kabupaten Dharmasraya sudah memiliki sarana pelayanan kesehatan milik swasta, sarana kesehatan milik swasta yang terbanyak adalah praktik mandiri bidan sebanyak 75 unit.

Keberadaan sarana kesehatan milik swasta di Kabupaten Dharmasraya sangat membantu dalam memberikan pelayanan kuratif, rehabilitatif dan penyediaan kebutuhan farmasi, namun dinas kesehatan tetap harus memberikan pengawasan terhadap pelayanan yang diberikan dan lebih selektif dalam memberikan rekomendasi izin praktik, apotek dan toko obat guna melindungi masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan upaya kesehatan tidak hanya dilakukan melalui fasilitas pelayanan kesehatan formal, tetapi juga melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat secara langsung. Salah satu bentuk nyata dari pendekatan ini adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). UKBM merupakan kegiatan kesehatan yang dirancang, dikelola, dan diselenggarakan *dari, oleh, dan untuk masyarakat*, dengan tujuan memberdayakan masyarakat agar berperan aktif dalam meningkatkan derajat kesehatannya serta memudahkan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar.

Pemberdayaan ini diwujudkan melalui pembentukan berbagai jenis UKBM yang terbukti efektif menjangkau berbagai kelompok usia dan kebutuhan kesehatan. Beberapa bentuk UKBM yang umum ditemukan di masyarakat antara lain:

- a. Posyandu Balita, yang fokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak,
- b. Posyandu Lansia, yang melayani kebutuhan kesehatan usia lanjut, serta
- c. Pos Kesehatan Kelurahan (Poskeskel), yang memberikan layanan kesehatan dasar di tingkat kelurahan.

Salah satu UKBM yang sangat vital adalah Posyandu. Posyandu menjadi garda terdepan dalam pelayanan kesehatan berbasis masyarakat, khususnya dalam mendukung tumbuh kembang bayi dan balita serta kesehatan dasar bagi ibu hamil, ibu menyusui, dan wanita usia subur. Di Kabupaten Dharmasraya, hingga tahun

2024 telah terbentuk 261 Posyandu, dengan 253 di antaranya (97%) berstatus aktif. Tingkat partisipasi ini mencerminkan komitmen dan keterlibatan masyarakat yang tinggi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar.

Posyandu bertujuan untuk memberikan kemudahan akses layanan kesehatan, sekaligus menjadi upaya strategis dalam mempercepat penurunan angka kematian ibu, bayi, dan balita melalui pemantauan pertumbuhan, imunisasi, konseling gizi, dan layanan kesehatan ibu dan anak lainnya.

Selain Posyandu, Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) juga menjadi salah satu UKBM yang penting. Posbindu PTM berfokus pada pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular melalui kegiatan skrining kesehatan, deteksi dini faktor risiko, serta monitoring dan tindak lanjut secara berkala. Hingga tahun 2024, Kabupaten Dharmasraya telah membentuk 204 Posbindu PTM, sebagai wujud nyata dari upaya meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap bahaya penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung.

Keberadaan Posyandu dan Posbindu PTM sebagai bagian dari UKBM menunjukkan bahwa masyarakat tidak hanya sebagai penerima layanan, tetapi juga menjadi pelaku aktif dalam menciptakan lingkungan yang sehat, mandiri, dan berkelanjutan. Penguatan UKBM menjadi langkah penting dalam mewujudkan sistem kesehatan yang inklusif dan berbasis partisipasi masyarakat di Kabupaten Dharmasraya.

Data Posbindu PTM Per Puskesmas Tahun 2024

No	Puskesmas	Tahun 2024
1	Silago	17
2	Sialang	25
3	Sungai Dareh	41

4	Gunung Medan	17
5	Sitiung 1	16
6	Timpeh	17
7	Padang Laweh	7
8	Koto Baru	14
9	Sungai Rumbai	5
10	Sitiung 2	6
11	Tiumang	15
12	Koto Besar	7
13	Sungai Limau	5
14	Beringin Sakti	12
15	Sitiung IV	0
Jumlah		204

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024

Selanjutnya dilihat dari data Badan Pusat Statistik, dari segi tenaga kesehatannya, terdapat 76 tenaga medis, 230 perawat, 426 bidan dan 49 tenaga kefarmasian. Dari jumlah dokter, kebanyakan adalah dokter umum dan banyak bertugas di Puskesmas. Sementara semua dokter spesialis bertugas di RSUD.⁵⁴ Dengan rincian sebagai berikut :

⁵⁴ Ibid

Kecamatan <i>District</i>	Dokter ' <i>Doctor</i> '	Perawat <i>Nurse</i>	Bidan <i>Midwife</i>	Tenaga kefarmasian <i>Pharmacist</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sungai Rumbai	4	17	19	4
Koto Besar	8	14	33	2
Asam Jujuhan	8	14	19	2
Koto Baru	7	41	47	8
Koto Salak	4	12	38	2
Tiumang	3	14	30	2
Padang Laweh	6	11	11	1
Sitiung	11	41	77	8
Timpeh	8	20	38	8
Pulau Punjung	11	28	89	6
IX Koto	6	18	25	6
Dharmasraya	76	230	426	49

Selanjutnya dilihat dari pelayanan kesehatan yang diberikan berdasarkan data dari Kabupaten Dharmasraya dalam angka Tahun 2025, Persentase balita yang mendapat imunisasi pada tahun 2024 meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2023. Imunisasi tersebut dapat berupa imunisasi BCG, DPT, Polio, Hepatitis B dan Campak. Semakin tinggi kesadaran masyarakat terhadap imunisasi diharapkan semakin tinggi pula derajat kesehatan bayi atau balita yang dilahirkan. Jumlah bayi dengan keadaan gizi buruk pada tahun 2024 sebanyak 920 kasus. Jumlah bayi lahir di Dharmasraya sepanjang tahun 2024 adalah sebanyak 3.223 kelahiran. dimana 170 kelahiran diantaranya merupakan kelahiran bayi dengan kasus BBLR atau Berat Badan Lahir Rendah. Dengan rincian sebagai berikut :

Kecamatan <i>District</i>	Bayi Lahir Hidup <i>Baby Born Alive</i>	Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) <i>Low Birth Weight (LBW)</i>	Gizi Kurang <i>Malnutrition</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
Sungai Rumbai	301	9	88
Koto Besar	338	17	101
Asam Jujuhan	169	12	39
Koto Baru	481	29	83
Koto Salak	224	17	60
Tiumang	176	7	82
Padang Laweh	95	7	36
Sitiung	319	25	123
Timpeh	244	24	84
Pulau Punjung	714	19	155
IX Koto	162	4	69
Dharmasraya	3223	170	920

Terkait pelayanan kesehatan ibu hamil, Setiap tahunnya jumlah ibu hamil di Kabupaten Dharmasraya cenderung mengalami peningkatan. Tahun 2024 tercatat 3.666 ibu hamil menurun dari tahun 2023. Dari sejumlah orang ibu hamil tersebut, 3.278 orang melakukan kunjungan K1, 2.993 orang melakukan kunjungan K4, 807 orang termasuk kurang energy kronis dan sebanyak 2.993 orang ibu hamil mendapatkan zat besi, dengan riuncian sebagaiberikut :

Kecamatan <i>District</i>	Jumlah Ibu Hamil <i>Number of Pregnant Women</i>	Melakukan Kunjungan K1 <i>Conducting K1 Visits</i>	Melakukan Kunjungan K4 <i>Conducting K4 Visits</i>	Kurang energi Kronis (KEK) <i>Chronic Energy Lack</i>	Mendapat Zat Besi (Fe) <i>Getting Iron Tablet (Fe) 90 tablet</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Sungai Rumbai	313	306	300	35	300
Koto Besar	362	299	351	351	351
Asam Jujuhan	224	159	194	44	194
Koto Baru	585	487	338	68	338
Koto Salak	248	223	210	40	210
Tiumang	198	140	168	23	168
Padang Laweh	106	90	80	6	80
Sitiung	395	338	296	47	296
Timpeh	242	230	210	34	210
Pulau Punjung	810	823	716	105	716
IX Koto	183	183	130	54	130
Dharmasraya	3666	3.278	2.993	807	2.993

Sumber/Source: Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya/ Health Office of Dharmasraya Regency

Kasus penyakit yang paling banyak diderita di Kabupaten Dharmasraya adalah Hipertensi yaitu sebanyak 16.640 kasus. Kemudian kedua yang terbanyak adalah ISPA, febris, dyspepsia, gastritis dan reumatik. Dengan rincian sebagai berikut :

Kecamatan <i>District</i>	Hipertensi <i>Hypertension</i>	ISPA ARI	Febris/ Common Cold <i>Febris/ Common Cold</i>	Gastritis <i>Gastritis</i>	Diare <i>Diarrhea</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Sungai Rumbai	1.318	2.108	703	805	223
Koto Besar	2.965	1.966	1.037	706	111
Asam Jujuhan	371	394	470	325	68
Koto Baru	2.757	1.606	1.122	125	194
Koto Salak	1.275	699	105	330	129
Tiumang	614	169	495	100	41
Padang Laweh	810	209	415	406	19
Sitiung	3.278	1.645	1.557	620	239
Timpeh	1.278	1.287	718	1.069	295
Pulau Punjung	1.090	2.046	625	324	120
IX Koto	884	173	395	329	99
Dharmasraya	16.640	12.302	7.642	5.139	1.538

Kecamatan <i>District</i>	Hipertensi <i>Hypertension</i>	ISPA ARI	Febris/ Common Cold <i>Febris/ Common Cold</i>	Gastritis <i>Gastritis</i>	Diare <i>Diarrhea</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Sungai Rumbai	1.318	2.108	703	805	223
Koto Besar	2.965	1.966	1.037	706	111
Asam Jujuhan	371	394	470	325	68
Koto Baru	2.757	1.606	1.122	125	194
Koto Salak	1.275	699	105	330	129
Tiumang	614	169	495	100	41
Padang Laweh	810	209	415	406	19
Sitiung	3.278	1.645	1.557	620	239
Timpeh	1.278	1.287	718	1.069	295
Pulau Punjung	1.090	2.046	625	324	120
IX Koto	884	173	395	329	99
Dharmasraya	16.640	12.302	7.642	5.139	1.538

Selanjutnya terkait Program Keluarga Berencana (KB) dalam era otonomi daerah tetap menjadi program pembangunan yang masih mendapat perhatian

pemerintah dalam rangka menekan laju pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kualitas SDM. Tahun 2024, terdapat sekitar 7.398 peserta KB aktif, dengan rincian per kecamatan sebsagai berikut :

Kecamatan District	Peserta KB Aktif Active Family Planning Participants							Jumlah Total
	Pil	IUD	Kondom Condom	Suntikan Injection	Implan Implants	MOW	MOP	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Sungai Rumbai	20	2	–	60	206	587	90	965
Koto Besar	2	2	1	77	225	343	156	806
Asam Jujuhan	4	–	–	3	65	208	57	337
Koto Baru	89	5	–	110	386	278	76	944
Koto Salak	30	–	–	61	204	357	79	731
Tiumang	9	–	–	67	164	150	145	535
Padang Laweh	8	8	–	37	114	68	29	264
Sitiung	81	9	–	41	199	451	70	851
Timpeh	25	10	–	45	282	116	58	536
Pulau Punjung	234	55	1	40	481	359	123	1.293
IX Koto	8	2	–	4	39	65	18	136
Dharmasraya	510	93	2	545	2.365	2.982	901	7.398

Sumber/Source: Dinas Sosial, Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak Kabupaten Dharmasraya/ Women Empowerment and Child Protection, Population Control and Family Planning Office of Dharmasraya Regency

Penyuluhan HIV/AIDS adalah merupakan wujud pemerintah menanggulangi dan mengatasi persebaran penyakit menular HIV/AIDS yang membahayakan. Penyuluha ditargetkan utamanya kepada remaja usia 15 hingga 24 tahun. Pada tahun 2024, jumlah remaja usia 15-24 tahun yang mendapatkan penyuluhan HIV/ AIDS adalah sebanyak 303 orang.

Sementara itu capaian indikator pelayanan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024 terbagi menjadi 2 yakni yang di bawah target dan yang memenuhi target, dengan rincian sebagai berikut :⁵⁵

1. Indikator dengan capaian dibawah target pada tahun 2024 sebagai berikut :
 - a. Kematian ibu yaitu 6 orang dengan Angka Kematian Ibu 186,2 per 100.000 KH dari target nasional 183 per 100.000 KH. Penyebab kematian ibu antara lain hipertensi, infeksi serta kelainan jantung dan pembuluh darah.
 - b. Capaian pelayanan kesehatan pada ibu hamil K1 67,4%, cakupan K4 63,7% dan cakupan K6 63,7% dari target 100% untuk K1, 95% untuk target K4 dan 100% untuk target K6. Masih rendahnya cakupan K4 dan cakupan K6 pada pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Dharmasraya disebabkan masih ada ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas kesehatan setelah trisemester pertama kehamilan dan tingginya perbedaan data sasaran pusdatin dibandingkan data riil yang ada di puskesmas. Secara riil pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Dharmasraya sebesar 88,04%
 - c. Persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 64,8% atau 3.228 bulin dari target 95%. Belum tercapainya persalinan di fasilitas kesehatan disebabkan masih ada sarana fasyankes PUSTU tidak sesuai standar untuk pertolongan persalinan, akses ibu bersalin ke fasyankes cukup jauh sehingga masih ada ibu hamil melahirkan dengan tenaga kesehatan di rumah atau tidak di fasyankes. Masih ada persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan (dukun) sebanyak 4 orang. Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada ibu bersalin juga disebabkan tingginya perbedaan data sasaran pusdatin dengan data riil

⁵⁵ Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024 hala IV-V

yang ada di puskesmas. Secara riil pelayanan kesehatan ibu bersalin sudah mencapai 91,39%.

- d. Pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir, dari 3.754 bayi baru lahir terdapat 3.554 bayi sudah mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar atau sebesar 94,7%, hampir mendekati target yang ditetapkan 95%.
- e. Pelayanan kesehatan pada balita, dari 22.038 balita, terdapat 16.697 balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya atau sebesar 76%, belum mencapai target 85%. Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada balita disebabkan tingginya perbedaan data sasaran pusdatin dengan data riil yang ada di puskesmas. Secara riil pelayanan kesehatan pada balita di Kabupaten Dharmasraya sudah mencapai 96,33%.
- f. Capaian Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) sebesar 56,7%, belum mencapai target 100%. Rendahnya capaian IDL disebabkan kurangnya kepedulian orang tua tentang imunisasi dan masih ada persepsi masyarakat yang salah terkait imunisasi.
- g. Pelayanan kesehatan usia lanjut, dari 22.925 lansia, terdapat 15.847 lansia yang mendapat skrining kesehatan atau 69%, belum mencapai target 90%. Rendahnya capaian ini disebabkan tingginya perbedaan data sasaran pusdatin dari data riil yang ada di puskesmas. Secara riil pelayanan kesehatan usia lanjut di Kabupaten Dharmasraya sudah mencapai 95,62%.
- h. Penemuan kasus TBC dari 3.668 orang terduga TBC, ditemukan kasus positif TBC sebanyak 510 orang (50,7%). Penemuan kasus TBC belum mencapai target 90%, disebabkan penjarangan investigasi kontak belum maksimal dan masih ada perspektif yang salah di masyarakat tentang penyakit TBC.

- i. Dari 244.026 penduduk Kabupaten Dharmasraya tahun 2024, penduduk usia produktif berjumlah 159.435 orang, telah melakukan skrining sebanyak 137.838 orang atau 86,5% dari target 100%. Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada usia produktif disebabkan tingginya perbedaan data sasaran pusdatin dari data riil yang ada di puskesmas. Secara riil usia produktif yang mendapatkan layanan kesehatan sebesar 97,37%.
 - j. Kasus baru HIV pada tahun 2024 meningkat dimana ditemukan 8 kasus baru HIV dari hasil skrining pada orang beresiko HIV 4155 orang. Sampai akhir tahun 2024 di Kabupaten Dharmasraya terdapat kasus 44 HIV Positif, baik kasus baru maupun kasus lama dan 1 orang pasien HIV meninggal dunia.
2. Beberapa indikator dengan capaian cakupan memenuhi target yang telah ditetapkan pada tahun 2024 sebagai berikut :
- a. Peserta jaminan kesehatan di tahun 2024 sebanyak 242.141 orang atau 100% dari seluruh penduduk Kabupaten Dharmasraya. Sebanyak 157.941 (65%) merupakan peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan 84.200 (35%) merupakan peserta bukan PBI jaminan kesehatan.
 - b. Penjangkaran kesehatan pada anak sekolah (kelas 1 – 9) sebanyak 37.748 siswa dari 39.139 peserta didik atau 96,4%
 - c. Kematian bayi 15,1 per 1000 KH dari target nasional 16 per 1000 KH. Kematian bayi di Kabupaten Dharmasraya secara target nasional dibawah target, namun secara jumlah dan angka kematian bayi masih tinggi (49 orang/15,1%) dari target yang ditetapkan dibawah 10 per 1000 KH.
 - d. Meningkatnya Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dengan capaian 100%.

Kesehatan merupakan hak dasar setiap individu. Oleh karena itu, penyelenggaraan sistem kesehatan yang merata dan berkualitas adalah tanggung

jawab utama pemerintah dan pemerintah daerah. Namun, dalam praktiknya, menyediakan layanan kesehatan yang ideal bukanlah hal yang mudah. Layanan kesehatan harus memenuhi Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan. Dalam Pasal 2 Ayat (1) sampai dengan Ayat **(5)** Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, diatur bahwa:

- (1) Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota wajib menerapkan SPM Kesehatan.
- (2) SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas SPM Kesehatan daerah provinsi dan SPM Kesehatan daerah kabupaten/kota.
- (3) Jenis Pelayanan Dasar pada SPM Kesehatan Daerah Provinsi terdiri atas: a. pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana daerah provinsi; dan b. pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa daerah provinsi.
- (4) Jenis Pelayanan Dasar pada SPM Kesehatan Daerah kabupaten/kota terdiri atas:
 - a. pelayanan kesehatan ibu hamil;
 - b. pelayanan kesehatan ibu bersalin;
 - c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
 - d. pelayanan kesehatan balita;
 - e. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
 - f. pelayanan kesehatan pada usia produktif;
 - g. pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
 - h. pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
 - i. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
 - j. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;

- k. pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
 - l. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau human immunodeficiency virus; yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif.
- (5) Pelayanan Dasar pada SPM Kesehatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, maupun swasta.

Berdasarkan hal tersebut, Pemerintah Daerah Kabupaten Dharmasraya telah menyusun Laporan SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024. Laporan ini mencatat berbagai tantangan dan permasalahan yang masih menjadi pekerjaan rumah hingga saat ini. Di Kabupaten Dharmasraya, setiap jenis pelayanan kesehatan menghadapi kendala dalam pelaksanaannya. Hal ini dapat dilihat dari realisasi SPM Bidang Kesehatan Tahun 2024, yaitu:⁵⁶

a. Pelayanan kesehatan ibu hamil

Persentase capaian kesehatan pada ibu hamil belum mencapai target dimana dari 3.619 ibu hamil yang terlayani sesuai standar baru 3.186 atau 88,04%. Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada ibu hamil disebabkan :

- Masih ada ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya setelah triwulan pertama kehamilan sehingga K4 dan K6 tidak tercapai.
- Masih ada akses masyarakat yang jauh dari fasilitas kesehatan sehingga menyulitkan ibu hamil untuk ke fasyankes untuk ke fasilitas pelayanan kesehatan memeriksakan kehamilan terutama pemeriksaan USG 2x selama kehamilan.

⁵⁶ Laporan SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024

- Sarana pelayanan kesehatan (pustu) yang sudah tidak layak dalam memberikan pelayanan pada ibu hamil (dari 43 pustu yang ada di Kabupaten Dharmasraya hanya 9 unit dalam kondisi baik).
- Kompetensi petugas kesehatan yang masih kurang dalam tatalaksana pelayanan pada ibu hamil sesuai standar.

Upaya solusi pemecahan masalah :

- Memberdayakan Kader Desa Wisma dan Kader Kesehatan dalam penjangkaran ibu hamil di awal kehamilan (trimester pertama).
- Memberikan edukasi pada ibu hamil dan keluarga tentang manfaat pemeriksaan kehamilan secara teratur.
- Tenaga kesehatan di puskesmas harus memastikan semua ibu hamil memiliki buku KIA.
- Inovasi Bidadari Keluarga (Bidan Datang Memberikan Arahan Mandiri Kepada Keluarga) dengan adanya inovasi ini diharapkan semua ibu hamil mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhannya.
- Pelatihan bagi tenaga kesehatan, khususnya bagi bidan yang ada di pustu, poskesri dan polindes tentang tata laksana pelayanan pada ibu hamil yang sesuai standar.

b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin

Persentase capaian kesehatan ibu bersalin belum mencapai target dimana dari 3.206 ibu bersalin yang terlayani sesuai standar baru 3.508 atau 91,39%.

Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada ibu bersalin disebabkan:

- Belum updatenya pencatatan dan pelaporan ibu bersalin di puskesmas, sehingga ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan di luar kabupaten tidak semuanya tercatat.

- Sarana fasyankes pustu tidak sesuai standar, akses ibu bersalin ke puskesmas dan rumah sakit jauh sehingga masih ada ibu hamil melahirkan dengan tenaga kesehatan di rumah atau tidak di fasyankes.
- Masih ada nagari yang belum mempunyai tenaga kesehatan, khususnya di wilayah kerja puskesmas terpencil, sehingga masih ada persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan 4 orang (dukun).
- Tenaga kesehatan terlatih di puskesmas poned saat ini sudah tidak ada, sehingga kondisi gawat daruratan ibu hamil dan bayi tidak dilaksanakan di puskesmas PONED.

Upaya mengatasi permasalahan :

- Mengadakan pelatihan PONED bagi petugas di puskesmas PONED sehingga adanya peningkatan kompetensi bagi petugas dan sarpras yang tersedia dapat dimanfaatkan penggunaannya. dan membentuk tim Audit dan melaksanakan pengkajian dan pembelajaran Audit Maternal dan Perinatal.dengan melibatkan tim ahli.
- Meningkatkan edukasi pada keluarga tentang bahaya melahirkan dengan tenaga non kesehatan.
- Mengusulkan rehap pustu ke kemenkes RI melalui aplikasi SOPHI dan melalui APBD Kabupaten.

c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir

Persentase capaian bayi baru lahir belum mencapai target dimana dari 3.487 bayi baru lahir yang terlayani sesuai standar baru 3.207 atau 91,97%.

Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir disebabkan Masih ada bayi baru lahir yang tidak mendapatkan imunisasi yaitu vaksin hepatitis B dosis tunggal.

Upaya Mengatasi Permasalahan yakni Memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga tentang manfaat bayi mendapatkan imunisasi serta bahaya apabila bayi tidak

mendapatkan imunisasi.

d. Pelayanan kesehatan balita

persentase capaian pelayanan kesehatan balita belum mencapai target dimana dari 18.542 balita yang terlayani sesuai standar baru 17.862 atau 96,33%.

Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada balita disebabkan Masih adanya ibu balita yang tidak mau membawa anaknya ke posyandu disebabkan keluarga tidak mau anaknya diimunisasi.

Upaya Mengatasi Permasalahan yakni :

- Lebih mengoptimalkan pemantauan tumbuh kembang balita (SDIDTK) secara berkala melalui kegiatan terintegrasi layanan primer (ILP) di posyandu.
- Edukasi kepala keluarga tentang manfaat pemantauan tumbuh kembang anak sehingga dapat mengetahui status gizi anak sesuai umur

e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar

persentase capaian pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar belum mencapai target dimana dari 38.555 usia pendidikan dasar yang terlayani sesuai standar baru 37.288 atau 96,71%.

Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar disebabkan karena Pada saat pelaksanaan skrining kesehatan ke sekolah masih banyak siswa yang tidak hadir dengan alasan ada yang sakit, izin dan lain-lain.

Upaya Mengatasi Permasalahan yakni :

- Melakukan kunjungan ulang ke sekolah untuk menjangring peserta didik yang tidak hadir ;dan
- melaksanakan pertemuan untuk penguatan stratifikasi UKS/M.

f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif

persentase capaian pelayanan kesehatan pada usia produktif belum mencapai target dimana dari 141.562 usia produktif yang terlayani sesuai standar baru 137.838 atau 97,37%.

Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada usia produktif disebabkan :

- Belum semua pelayanan kesehatan usia produktif dilaporkan ke puskesmas oleh petugas kesehatan yang ada praktek swasta di wilayah kerjanya.
- Belum semua sasaran usia produktif mengunjungi Posbindu PTM Untuk memeriksakan kesehatan.
- Pencatatan pelaporan di register usia produktif puskesmas tidak update (double pencatatan).

Upaya Mengatasi Permasalahan :

- Membuat MOU/perjanjian kerjasama dengan, bidan dan dokter praktek swasta untuk pelaporan pelayanan kesehatan usia produktif ke puskesmas.
- Melakukan Mapping/pengaturan jadwal pemeriksaan kesehatan sesuai dengan sasaran
- Mengupayakan workshop dan evaluasi tentang CTU bagi tenaga kesehatan puskesmas.
- Melakukan update data usia produktif di buku register puskesmas.

g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut

persentase capaian pelayanan kesehatan pada usia lanjut belum mencapai target dimana dari 17.837 usia lanjut yang terlayani sesuai standar baru 17.056 atau 95,62%

Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada usia lanjut disebabkan :

- Lansia resiko tinggi (resti) tidak semuanya terskrining disebabkan tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Akses yang jauh dari fasilitas pelayanan

kesehatan serta keterbatasan fisik (seperti menggunakan kursi roda) sehingga lansia resti sulit untuk datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

- Kurangnya alat ukur lansia, masing-masing puskesmas hanya mendapatkan satu alat ukur sehingga tidak cukup untuk kunjungan rumah pada lansia resti.

Upaya mengatasi permasalahan :

- Mengupayakan skrining lansia melalui kegiatan posyandu ILP sehingga terpantau kesehatan lansia secara berkala.
- Meningkatkan promosi kesehatan dan edukasi pada keluarga tentang kepedulian masyarakat terhadap kesehatan lansia.
- *Homecare* untuk lansia resti.

h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi

persentase capaian pelayanan kesehatan penderita hipertensi belum mencapai target dimana dari 22.190 penderita hipertensi yang terlayani sesuai standar baru 22.039 atau 99,32%

Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi disebabkan :

- Belum semua praktek swasta melaporkan kunjungan penderita hipertensi ke puskesmas.
- Mengontrol pengobatan rutin dan pengawasan minum obat pada penderita hipertensi cukup sulit dilakukan karena penderita hipertensi tidak rutin cek kesehatan ke fasilitas kesehatan atau possbindu PTM.
- Pencatatan pelaporan di register penderita hipertensi puskesmas tidak update (double pencatatan).

Upaya mengatasi permasalahan :

- Membuat MOU/Perjanjian Kerjasama dengan dokter, bidan praktek swasta dan klinik swasta tentang laporan kunjungan penderita hipertensi.

- Melakukan Mapping/pengaturan jadwal pemeriksaan kesehatan PTM keseluruhan sasaran dan memberdayakan Kader Kesehatan PTM untuk menghimbau sasaran agar cek kesehatan secara berkala dan pemantauan minum obat.

i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes mellitus

persentase capaian pelayanan kesehatan penderita diabetes militus belum mencapai target dimana dari 2.442 penderita diabetes militus yang terlayani sesuai standar baru 2.419 atau 99,06%.

Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi disebabkan :

- Belum semua pemeriksaan orang dengan Diabetes Melitus dilaporkan karena pasien yang diperiksa di DPM (Dokter Praktek Mandiri), BPM (Bidan Praktek Mandiri) dan Klinik belum dilaporkan ke Fasyankes
- Adanya tugas rangkap dari pengelola program PTM Puskesmas sehingga sulitnya membagi waktu untuk pelaksanaan program PTM.
- Pengobatan rutin pada penderita Diabetes Melitus cukup sulit dilakukan karena kurangnya pengawasan minum obat dan tidak melakukan pemeriksaan tekanan darah rutin ke Posbindu/Fasilitas Kesehatan.
- Pencatatan pelaporan di register hipertensi puskesmas tidak update (double pencatatan).

Upaya mengatasi permasalahan :

- Membuat MOU/Perjanjian Kerjasama dengan BPM, DPM dan klinik swasta dalam pelaporan dan pelayanan penderita Diabetes Melitus.
- Mengadakan pelatihan bagi pengelola program PTM dipuskesmas dan mengusulkan supaya ada yang membantu pengelola PTM.
- Melakukan Mapping/ pengaturan jadwal pemeriksaan kesehatan yang sesuai dengan sasaran untuk menjangkau seluruh sasaran hipertensi.

- Memberdayakan Kader Kesehatan PTM untuk menjangkau sasaran dan pemantauan pengobatan.

j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat

persentase capaian pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa sudah mencapai target dimana seluruh 447 ODGJ terlayani sesuai standar atau 100%.

Permasalahan/kendala pada pelayanan kesehatan pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Berat :

- Belum optimalnya koordinasi Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) yang sudah dibentuk tingkat Kabupaten Dharmasraya dalam pengawasan dan pembinaan pada ODGJ.
- Belum terbentuknya Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) tingkat Kecamatan.
- Masih adanya pasien pasung sebanyak 7 orang.
- Masih adanya tenaga pengelola program yang belum dilatih karena adanya mutasi atau pergantian pengelola program di puskesmas.

Upaya mengatasi permasalahan :

- Mengoptimalkan TPKJM tingkat kabupaten minimal melaksanakan rapat koordinasi satu kali dalam setahun.
- Membentuk TPKJM tingkat kecamatan dalam penanganan pasien ODGJ Berat.
- Meningkatkan skrining kesehatan jiwa untuk mengintervensi secara dini adanya gangguan jiwa dan melakukan pemantauan pada ODGJ berat yang putus obat dan pasien pasung, memberikan edukasi kepada keluarga agar secara rutin memberikan obat kepada pasien serta peningkatan pemahaman terkait di larang pasung pada ODGJ.

- Mengadakan pelatihan bagi pengelola program keswa di puskesmas terutama untuk Dokter, Perawat dalam melaksanakan deteksi dini dan pelayanan kesehatan pada ODGJ sesuai standar

k. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberculosis

persentase capaian pelayanan kesehatan orang terduga tuberculosis sudah mencapai target dimana seluruh 3.686 orang terduga tuberculosis terlayani sesuai standar atau 100%.

Permasalahan/kendala pelayanan kesehatan pada orang terduga tuberculosis yakni Masih ada Tempat Praktek Mandiri Dokter (TPMD) dan klinik yang belum terdaftar di SITB Online sehingga pencatatan masih secara manual dan belum optimal.

Upaya mengatasi permasalahan :

- Meningkatkan kerjasama dengan jejaring (DPM, Klinik) melalui pengelola program Puskesmas
- Untuk mendapatkan rekomendasi dari Dinas Kesehatan untuk TPMD dan Klinik yang akan memperpanjang SIP dan SIO harus melengkapi salah satu syarat yaitu adanya laporan Program Prioritas (TB, DM, Hipertensi).

l. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

persentase capaian pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV sudah mencapai target dimana seluruh 4.155 orang dengan risiko terinfeksi HIV terlayani sesuai standar atau 100%.

Permasalahan/kendala pelayanan kesehatan pada orang dengan risiko terinfeksi HIV :

- Capaian pemeriksaan HIV sudah 100 % tetapi belum mencakup seluruh

populasi kunci (LSL, IMS, Waria) karena tidak adanya penjangkau di lapangan untuk membantu dalam menjaring orang beresiko terinfeksi HIV/AIDS.

- Capaian pemeriksaan HIV belum mencakup 9 populasi kunci yang ada di Kabupaten Dharmasraya saat ini baru ada 7 populasi kunci (ibu hamil, penderita TB, lapas, WPS, pasien IMS, waria, partner notifikasi). Sedangkan 2 populasi kunci di Kabupaten Dharmasraya belum memiliki kelompok penjangkau yaitu lelaki seks lelaki dan pengguna narkoba suntik.

Upaya mengatasi permasalahan :

- Kerja sama dengan kelompok penjangkau untuk menjaring orang beresiko terinfeksi HIV
- Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam penjangkaran orang beresiko terinfeksi HIV

Selanjutnya dalam laporan SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya

Tahun 2024 ini juga diuraikan permasalahan dan solusi yakni :

1. Permasalahan

a. Pengumpulan Data

- Tidak updatenya data sasaran riil 12 indikator SPM di Puskesmas.

b. Perhitungan Kebutuhan

- Puskesmas belum mendapatkan sosialisasi terkait cara perhitungan kebutuhan sesuai dengan SISCOBIKES Kementerian Kesehatan.

c. Perencanaan dan Penganggaran

- Masih kurangnya kesediaan APBD untuk mendukung program SPM.
- Masih kurangnya anggaran untuk perbaikan sarana dan prasarana di puskesmas yang sudah tidak sesuai standar.

d. Pelaksanaan

- Tahun 2024 dari 3508 sasaran ibu bersalin yang ada di kabupaten dharma Raya, masih ada 4 orang ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga non kesehatan disebabkan karena fasilitas pelayanan kesehatan tidak sesuai standar (pustu) sehingga akses ibu bersalin ke puskesmas dan RS jauh sehingga masih ada ibu hamil melahirkan dengan tenaga kesehatan di rumah atau tidak di fasilitas pelayanan kesehatan.
- Masih ada nagari yang belum mempunyai tenaga kesehatan, khususnya di wilayah kerja puskesmas terpencil, sehingga masih ada persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan (dukun).

e. Lain-Lain

- Belum adanya persamaan persepsi terkait 4 tahapan penerapan SPM yang ada di Permendagri 59 tahun 2021
- Masih ada fasilitas kesehatan belum terstandar untuk peretolongan persalinan normal
- Masih kurangnya pemahaman masyarakat di beberapa wilayah kerja puskesmas terhadap pelayanan kesehatan dasar
- Rendahnya capaian pelayanan kesehatan pada ibu hamil (K6) karena masih ada wilayah kerja yang aksesnya jauh dari puskesmas, sehingga menyulitkan untuk pemeriksaan USG 2 kali selama kehamilan
- Masih ada satu nagari, ibu bersalin persalinannya ditolong oleh dukun (4 orang ibu bersalin)
- Adanya persalinan dengan tenaga kesehatan yang tidak di fasilitas kesehatan misalnya persalinan di rumah penduduk
- Belum optimalnya pencatatan dan pelaporan yang dilakukan serta kerjasama lintas program dan lintas sektor, termasuk dalam hal pencatatan

pelaporan data terutama dari jejaring Puskesmas (BP/Klinik Swasta) di wilayah kerja.

- Masih adanya ibu hamil yang berpindah domisili/ tempat tinggal atau bersalin ditempat lain sehingga menyebabkan *dropout* dalam pencatatan pelaporan.
- Masih terbatasnya ketersediaan sumberdaya manusia baik secara kuantitas maupun kualitas.

2. Solusi

a. Pengumpulan Data

Melakukan update data sasaran riil 12 indikator SPM di Puskesmas.

b. Perhitungan Kebutuhan

Mensosialisasikan aplikasi SISCOBIKES Kementerian Kesehatan kepada puskesmas.

c. Perencanaan dan Penganggaran

- Perlunya penambahan anggaran untuk SPM, terutama untuk pengadaan, reagent pemeriksaan asam urat dan kolesterol
- Perlunya penambahan anggaran untuk cetak kohort ibu, buku KIA, dan buku register.

d. Pelaksanaan

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkala dan berkesinambungan serta melaksanakan bimbingan teknis dalam rangka peningkatan/pengembangan kapasitas petugas dalam tata laksana program/kegiatan

e. Lain-Lain

- Perlu adanya pelatihan terkait Permendagri No.59 tahun 2021 tentang 4 Tahapan Penerapan SPM
- Penguatan Program Perencanaan Persalinan Pencegahan Komplikasi (P4K) di setiap nagari dan jorong.
- Meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektor melalui koordinasi dan sinergitas program dan kegiatan.
- Meningkatkan kesinambungan pelayanan integrasi sesuai standar, pencatatan dan pelaporan berkualitas berbasis wilayah serta penguatan kerjasama lintas batas/wilayah dalam upaya penjangkauan ibu hamil/ibu bersalin *dropout* pencacatan.
- Meningkatkan komitmen bersama pemerintah daerah dalam memberikan dukungan pembiayaan/pendanaan untuk memenuhi standar barang/jasa penunjang baik kualitas maupun kuantitas yang menunjang pelaksanaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan.

Lebih lanjut, pembangunan sektor kesehatan di Kabupaten Dharmasraya terus mengalami dinamika. Di satu sisi, terdapat kemajuan dari segi fasilitas dan layanan rumah sakit, namun di sisi lain masih banyak tantangan mendasar yang memerlukan perhatian bersama. Permasalahan terkait capaian program, ketimpangan distribusi tenaga, serta kebutuhan pelayanan yang inklusif harus ditangani secara terstruktur dan berkelanjutan. Kemudian berdasarkan informasi dari dinas kesehatan pada saat dilakukan penyamaan persepsi didapatkan beberapa permasalahan yang terjadi terkait penyelenggaraan kesehatan selama ini, permasalahan tersebut dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Capaian Kinerja Masih Rendah: Fokus pada Kematian Ibu, Bayi, dan Penyakit Menular

Salah satu indikator utama yang masih menjadi perhatian serius adalah rendahnya capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM), terutama pada penanganan kematian ibu dan bayi, serta kasus penyakit menular yang masih tinggi. Capaian yang belum optimal ini menunjukkan perlunya evaluasi mendalam terhadap efektivitas program dan strategi penjangkauan masyarakat yang telah berjalan.

2. Fasilitas Sudah Meningkat, Tapi Pencegahan Harus Diperkuat

Saat ini, Kabupaten Dharmasraya memiliki dua Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), salah satunya sudah dilengkapi dengan layanan cuci darah (hemodialisa). Hal ini patut diapresiasi sebagai langkah maju dalam penyediaan layanan rujukan. Namun, meningkatnya permintaan cuci darah juga menjadi alarm meningkatnya kasus gagal ginjal.

Dari sini, sangat jelas bahwa pendekatan promotif dan preventif belum berjalan optimal. Diperlukan sosialisasi gencar kepada masyarakat terkait pola hidup sehat dan pencegahan penyakit kronis, agar peningkatan layanan di hilir tidak diikuti oleh lonjakan kasus baru di hulu.

3. Ketimpangan Distribusi Tenaga Kesehatan

Distribusi tenaga kesehatan masih menjadi persoalan, terutama di wilayah pinggiran dan daerah terpencil. Ketimpangan ini berdampak pada akses dan kualitas pelayanan yang diterima masyarakat. Hal ini diperparah dengan terbitnya edaran Bupati terkait perumahan tenaga honorer yang masa kerja di bawah dua tahun. Di sektor kesehatan, kebijakan ini berisiko menimbulkan kekurangan SDM, mengingat tenaga honorer menjadi penopang layanan di banyak fasilitas dasar.

4. Jaminan Kesehatan dan Layanan Inklusif

Masih banyak masyarakat yang datang ke fasilitas kesehatan tanpa jaminan kesehatan, terutama dari kalangan tidak mampu. Kondisi ini menuntut sistem kesehatan daerah untuk tetap memberikan pelayanan, sekaligus mencari solusi atas perlindungan sosial yang belum menyeluruh.

Kondisi bertambah kompleks dengan keberadaan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang cukup tinggi, serta kehadiran Suku Anak Dalam (SAD) dari Jambi yang juga memerlukan pelayanan kesehatan. Pemerintah daerah tetap berkomitmen memberikan layanan tanpa diskriminasi, namun dukungan lintas sektor dan penguatan regulasi tetap sangat diperlukan.

5. Pengaturan Legalitas Praktik Kesehatan Masih Perlu Diperkuat.

Terkait pelayanan kesehatan swasta, masih terdapat berbagai kendala dalam pengurusan perizinan, baik untuk klinik, Surat Izin Praktek (SIP), maupun Standar Akreditasi Pelayanan (SAP). Diperlukan pengkajian ulang terhadap proses dan persyaratan agar lebih efisien namun tetap menjaga mutu pelayanan.

6. Tantangan Pemenuhan Asta Cita dan Pembinaan Kesehatan Sekolah.

Pelaksanaan program prioritas nasional Asta Cita masih menghadapi berbagai tantangan di lapangan, baik dari segi koordinasi maupun keterpenuhan indikator.

Salah satu elemen penting yang masih lemah adalah pembinaan kesehatan di sekolah-sekolah, yang seharusnya menjadi titik awal promosi gaya hidup sehat bagi generasi muda

7. Kekurangan Kader Kesehatan di Tingkat Masyarakat

Kader kesehatan adalah ujung tombak pelayanan dasar di tingkat komunitas. Namun, hingga kini masih terdapat kekurangan jumlah kader, baik dari sisi kuantitas maupun kualitas. Tanpa kader yang memadai, program-program seperti Posyandu, Posbindu, dan kegiatan deteksi dini penyakit tidak akan berjalan optimal.

Selanjutnya, dalam rangka pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan, Tim Naskah Akademik telah melakukan penelitian terhadap kondisi dan permasalahan yang ada di masyarakat Kabupaten Dharmasraya. Penelitian ini dilakukan dengan cara penyebaran kuesioner pada masyarakat dan aparatur pemerintahan serta melakukan diskusi publik dengan masyarakat, dan aparatur pemerintahan dengan tujuan untuk menjangkau aspirasi masyarakat dan aparatur pemerintahan terhadap rancangan peraturan daerah yang akan dibentuk. Selain itu penelitian tersebut juga bertujuan untuk mendapatkan gambaran objektif mengenai kondisi dan permasalahan yang sedang dihadapi masyarakat dan harapan-harapan masyarakat yang mencerminkan kebutuhan masyarakat sebagai suatu solusi pemecahan masalah.

1. Penyebaran Kuesioner

Data umum :

- a. Jumlah keseluruhan responden adalah 40 orang .
- b. Waktu dan Tempat Penyebaran Kuesioner

Waktu : 25-27 Mei 2025

Tempat : Kabupaten Dharmasraya

Pertanyaan dalam bentuk pilihan ganda :

1.	Apakah Bapak/Ibu mengetahui bahwa Kesehatan merupakan urusan Pemerintah wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. mengetahui	40	100 %
	b. tidak mengetahui	-	-
2.	Apakah Bapak/Ibu mengetahui bahwa pengelolaan kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat kabupaten/kota merupakan salah satu sub urusan bidang kesehatan??		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. mengetahui	39	97,5%
	b. tidak mengetahui	1	2,5%
3.	Apakah Bapak/Ibu mengetahui bahwa Pemerintah Daerah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. mengetahui	40	100 %
	b. tidak mengetahui	-	-
4.	Menurut Bapak/Ibu apakah Pemerintah Daerah sudah melaksanakan tanggung jawab dalam meningkatkan dan mengembangkan Upaya Kesehatan berdasarkan penelitian dan pengkajian?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. sudah	29	72,5%
	b. belum	11	27,5%
5.	Apakah Bapak/Ibu mengetahui ketersediaan dan akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan juga merupakan tanggung jawab pemerintah daerah?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. mengetahui	33	82,5%
	b. tidak mengetahui	7	17,5%
6.	Menurut Bapak/Ibu, apakah pemerintah daerah kabupaten Dharmasraya sudah melaksanakan tanggungjawab di bidang kesehatan dengan baik?		

		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. sudah	31	77,5%
	b. belum	9	22,%
7.	Apakah Bapak/Ibu mengetahui Penyelenggaraan Kesehatan terdiri atas Upaya Kesehatan sumber Daya Kesehatan dan pengelolaan Kesehatan?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. Mengetahui	38	95
	b. Tidak mengetahui	2	5
8.	Apakah Bapak/Ibu mengetahui bahwa Upaya Kesehatan ditujukan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dalam bentuk Upaya Kesehatan perseorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. Mengetahui	40	100%
	b. Tidak mengetahui	-	-
9.	Apakah Bapak/Ibu mengetahui bahwa Upaya Kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat itu merupakan Upaya Kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif yang berdampak kepada individu dan masyarakat?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. Mengetahui	37	92.5%
	b. Tidak Mengetahui	3	7,5%
10.	Menurut Bapak/Ibuk, apakah Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi melalui Telekesehatan dan Telemedisin efektif dan efisien dilaksanakan didaerah.?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. ya	18	45%
	b. Tidak , alasannya:	22 Alasannya : o Salah satu kendala utama adalah jaringan internet yang sering bermasalah, terutama	55%

		di wilayah-wilayah dengan infrastruktur telekomunikasi yang belum memadai. Selain itu, sarana dan prasarana pendukung belum lengkap, serta SDM, baik tenaga kesehatan maupun masyarakat, masih kurang terlatih dalam mengoperasikan teknologi kesehatan digital. ○ Ketidakstabilan jaringan internet di daerah menjadi penghambat utama dalam pemanfaatan layanan berbasis online. Hal ini diperburuk oleh kemampuan masyarakat dalam bidang teknologi informasi (IT) yang masih belum optimal. ○ Kendala teknis lainnya juga sangat bergantung pada lokasi geografis, apakah suatu wilayah memiliki akses jaringan internet yang baik. Di sisi lain, kelompok usia lanjut umumnya belum terbiasa menggunakan internet atau berbagai aplikasi digital. ○ Banyak masyarakat yang masih gagap teknologi (gaptek) dan	
--	--	---	--

		belum terbiasa mengakses informasi atau layanan kesehatan secara online, termasuk untuk hal sederhana seperti pendaftaran berobat secara daring. ○ Kurangnya sosialisasi mengenai telekesehatan dan penggunaannya juga menjadi hambatan tersendiri. Informasi belum sepenuhnya tersampaikan kepada seluruh lapisan masyarakat. ○ Masyarakat masih beranggapan bahwa pelayanan kesehatan harus dilakukan secara langsung dengan fasilitas dan peralatan yang lengkap, serta pertemuan fisik antara pasien dan tenaga medis. ○ Di banyak wilayah Kabupaten Dharmasraya, sarana komunikasi dan informasi belum tersedia secara merata, bahkan masih terdapat beberapa daerah yang tergolong terisolir dari akses teknologi. ○ Selain itu, budaya dan kepercayaan masyarakat menjadi tantangan tersendiri. Banyak yang	
--	--	--	--

		meyakini bahwa konsultasi kesehatan yang efektif hanya bisa dilakukan jika bertemu langsung dan melakukan kontak fisik dengan dokter atau tenaga medis. ○ Padahal, telemedisin bertujuan untuk mempercepat koneksi antara pasien dan fasilitas kesehatan (faskes). Konsep ini mengandalkan layanan kesehatan jarak jauh antara tenaga medis dan pasien melalui pemanfaatan perangkat teknologi informasi dan komunikasi, yang dapat mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan individu. ○ Namun, tidak semua daerah dijangkau jaringan telekomunikasi, dan tidak semua masyarakat memiliki pemahaman atau kepemilikan terhadap perangkat teknologi seperti ponsel pintar atau komputer. ○ Terutama pada kelompok usia lanjut, penggunaan gadget masih menjadi hal yang asing, sehingga	
--	--	--	--

		mereka kesulitan dalam memanfaatkan layanan berbasis digital. ○ Bahkan, sebagian masyarakat baru mengetahui istilah telekesehatan dan telemedisin, sehingga pemahaman tentang efektivitas dan manfaatnya masih sangat terbatas.	
11.	Menurut Bapak/Ibu, apakah pemerintah daerah kabupaten Dharmasraya sudah melaksanakan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat ?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. sudah	32	80%
	b. belum	8	20%
12.	Menurut Bapak/Ibu apakah Pemerintah Daerah sudah menyediakan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan di daerah ?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. sudah	39	97,5%
	b. belum	1	2,5%
13.	Apakah Bapak/ibu mengetahui bahwa Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan melalui suatu sistem jejaring Pelayanan Kesehatan yang saling berkoordinasi dan bekerja sama?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. mengetahui	35	87,5%
	b. tidak mengetahui	5	12,5 %
14	Apakah Bapak/Ibu mengetahui bahwa Puskesmas mengkoordinasikan sistem jejaring Pelayanan Kesehatan primer di wilayah kerjanya?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. mengetahui	34	85 %
	b. tidak mengetahui	6	15%
15	Menurut Bapak/Ibuk, apakah layanan kesehatan primer di puskesmas sudah memadai?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)

	a. sudah	22	55%
	b. belum	18	45%
16	Menurut Bapak/Ibuk, apakah jumlah fasilitas kesehatan di Kabupaten Dharmasraya sudah memadai untuk melayani seluruh masyarakat yang membutuhkan pelayanan?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. sudah memadai	19	47,5%
	b. belum memadai	21	52,5%
17	Menurut Bapak/Ibuk, apakah fasilitas kesehatan di Kabupaten Dharmasraya sudah menjangkau masyarakat di daerah terpencil?		
		Jawaban responden	Persentase (%)
	a. sudah	28	70 %
	b. belum	12	30%
18	Menurut Bapak/Ibuk, apakah program kesehatan gratis hari ulang tahun bermanfaat bagi masyarakat?		
		Jawaban Responden	Persentase (%)
	a. ya	39	97,5%
	b. tidak	1	2,5%
19	Menurut Bapak/Ibu, apakah pelayanan kesehatan yang diberikan pada setiap fasilitas kesehatan sudah memenuhi standar pelayanan?		
	a. sudah	25	62,5%
	b. belum	15	37,5%
20	Menurut Bapak/Ibu, apakah jumlah tenaga kesehatan untuk setiap fasilitas kesehatan sudah cukup untuk memberikan pelayanan yang baik?		
	a. sudah	21	52,5%
	b. belum	19	47,5%
21	Menurut Bapak/Ibu, seberapa penting partisipasi masyarakat dalam pengawasan pelayanan kesehatan di daerah?		
	a. penting	40	100 %
	b. tidak penting	-	-
22	Menurut Bapak/Ibu, apakah pendanaan untuk penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya sudah mencukupi?		
	a. mencukupi	9	22,5%
	b. tidak mencukupi	31	77,5%
23	Menurut Bapak/Ibu apakah di Kabupaten Dharmasraya sudah ada regulasi baik setingkat peraturan daerah maupun peraturan kepala daerah yang mengatur mengenai penyelenggaraan kesehatan?		
	a. sudah	28	70%
	b. belum	12	30%
24	Menurut Bapak/Ibu apakah perlu dibentuk Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan kesehatan?		
	a. perlu	40	100 %

	b. tidak perlu	-	
--	----------------	---	--

Pertanyaan dalam bentuk isian/essay :

1. Menurut Bapak/Ibu, apa saja standar pelayanan yang harus dipenuhi dalam pemberian pelayanan kesehatan?

a. Komponen Pelayanan:

- Persyaratan administrasi
- Sistem, mekanisme, dan prosedur pelayanan
- Jangka waktu penyelesaian layanan
- Biaya pelayanan
- Penanganan pengaduan masyarakat

Tujuan dari standar ini adalah untuk menjamin pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah diakses, terjangkau, dan terukur.

b. Aspek Sumber Daya dan Fasilitas:

- Jumlah dan ketersediaan fasilitas kesehatan (faskes)
- Standar kompetensi tenaga kesehatan
- Kualitas dan jumlah sarana dan prasarana
- Ketersediaan alat kesehatan dan penunjang lainnya
- Regulasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan
- Ketersediaan dana operasional
- Aksesibilitas layanan bagi seluruh lapisan masyarakat

c. Jenis Pelayanan Kesehatan Sesuai SPM Kesehatan (12 Indikator):

- Pelayanan kesehatan ibu hamil
- Pelayanan kesehatan ibu bersalin
- Pelayanan bayi baru lahir
- Pelayanan balita

- Pelayanan anak usia pendidikan dasar
 - Pelayanan usia produktif
 - Pelayanan lanjut usia (lansia)
 - Pelayanan penderita hipertensi
 - Pelayanan penderita diabetes melitus (DM)
 - Pelayanan penderita gangguan jiwa (ODGJ)
 - Pelayanan terduga tuberkulosis (TBC)
 - Pelayanan orang dengan risiko HIV/AIDS
- d. Aspek Regulasi dan Standarisasi:
- Pelayanan harus mengacu pada Permenkes No. 46 Tahun 2021 tentang Pedoman Standar Layanan
 - Setiap fasilitas kesehatan harus memiliki SOP standar layanan
 - Peningkatan kompetensi SDM harus dilakukan secara berkala
 - Monitoring dan evaluasi berkala terhadap implementasi pelayanan
- e. Hak Pasien dan Etika Pelayanan:
- Pemenuhan hak dan kewajiban pasien
 - Penyampaian informasi yang jelas dan transparan, termasuk diagnosis dari tenaga medis
 - Tidak ada diskriminasi dalam pelayanan, baik pasien BPJS maupun umum
 - Pelayanan harus dilakukan secara ramah, sopan, cepat, dan tepat
 - Tenaga medis harus tersedia sesuai kebutuhan penyakit atau kasus yang ditangani
- f. Teknologi dan Inovasi Pelayanan:
- Pemanfaatan teknologi yang sesuai untuk mendukung kemudahan akses dan efektivitas layanan

- Pelayanan harus memperhatikan kebutuhan spesifik dan hak pasien
- g. Respons Layanan Pengaduan:
 - Disediakan layanan pengaduan masyarakat yang respon cepat dan solutif
- 2. Menurut Bapak/Ibu, apakah kendala-kendala yang selama ini dihadapi terkait dengan penyelenggaraan kesehatan di daerah?
 - a. Keterbatasan sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana, serta anggaran, serta kurangnya komunikasi antara berbagai pihak terkait.
 - b. Minimnya sarana dan prasarana di bidang kesehatan, kurangnya tenaga kesehatan yang kompeten, serta belum optimalnya perlindungan terhadap tenaga kesehatan.
 - c. Perlunya perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan, masih terbatasnya sarana dan prasarana di fasilitas pelayanan kesehatan, kurangnya jumlah SDM, serta rendahnya upaya peningkatan kompetensi tenaga kesehatan yang ada.
 - d. Kurangnya pelatihan yang dibutuhkan tenaga kesehatan, dan belum maksimalnya perlindungan hukum terhadap tenaga medis.
 - e. Perlindungan bagi tenaga kesehatan belum optimal, keterbatasan alat kesehatan, sarana, dan prasarana; terbatasnya jumlah tenaga medis beserta spesifikasinya; serta peraturan jaminan kesehatan yang belum tersosialisasi secara menyeluruh. Selain itu, alat kesehatan, sistem rujukan, dan proses digitalisasi juga belum berjalan maksimal.
 - f. Sarana dan prasarana di Puskesmas, Pustu, Polindes, dan Posyandu masih belum mencukupi; kader kesehatan masih memerlukan pelatihan sesuai tugas pokok dan fungsinya; dan insentif bagi kader masih tergolong rendah.

- g. Tingginya angka kematian ibu dan balita, disebabkan oleh fasilitas kesehatan seperti Pustu dan Puskesmas yang belum memadai, serta kurangnya kompetensi petugas kesehatan.
 - h. Kondisi infrastruktur jalan dan transportasi yang kurang memadai, serta rendahnya dukungan dan partisipasi masyarakat dalam upaya kesehatan.
 - i. Keterbatasan fasilitas, kekurangan tenaga kesehatan, kekurangan SDM, serta kurangnya teknologi alat kesehatan (alkes).
 - j. Kualitas pelayanan yang masih belum optimal.
 - k. Masyarakat masih enggan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, dan cenderung menunggu hingga kondisi parah sebelum datang ke fasilitas kesehatan.
 - l. Prosedur birokrasi yang dianggap rumit dalam mengakses layanan kesehatan.
 - m. Kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya cek kesehatan secara berkala.
 - n. Sulitnya akses transportasi umum ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Pulau Punjung, sehingga masyarakat sering kali tiba saat jadwal layanan sudah penuh.
 - o. Tidak tersedianya dokter spesialis di seluruh desa atau nagari.
 - p. Jumlah tenaga kesehatan, terutama dokter umum dan dokter spesialis, masih belum mencukupi.
3. Menurut Bapak/Ibuk, apa saja upaya yang harusnya dilakukan pemerintah daerah agar penyelenggara kesehatan di Daerah terselenggara dengan baik dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat?

- a. Pemenuhan tenaga kesehatan, peningkatan dan pengadaan prasarana, alat kesehatan, dan obat-obatan, serta peningkatan digitalisasi layanan kesehatan dan pendidikan serta pelatihan bagi tenaga kesehatan.
- b. Pemanfaatan media sosial secara masif untuk menyosialisasikan program-program kesehatan kepada masyarakat.
- c. Dukungan terhadap peningkatan kompetensi SDM kesehatan, serta pemenuhan sarana dan prasarana di fasilitas pelayanan kesehatan.
- d. Penguatan Puskesmas dan Puskesmas sebagai lini terdepan pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan nagari.
- e. Pengembangan kompetensi seluruh tenaga kesehatan, pemenuhan jumlah dan jenis tenaga kesehatan sesuai kebutuhan, serta pengadaan alat kesehatan dan sarana prasarana pendukung lainnya.
- f. Pemerataan tenaga kesehatan yang mencukupi dan sesuai standar di Puskesmas serta seluruh jorong, termasuk upaya penambahan kader kesehatan dengan insentif yang layak.
- g. Peningkatan jasa layanan atau tunjangan terutama bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil, guna memacu semangat kerja serta meningkatkan kenyamanan dan loyalitas mereka dalam bekerja.
- h. Dukungan anggaran untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh.
- i. Penyediaan anggaran khusus untuk peningkatan kompetensi tenaga kesehatan, serta penerbitan peraturan bupati (Perbup) yang mewajibkan seluruh pemangku kepentingan ikut serta secara aktif menyelesaikan persoalan kesehatan hingga ke tingkat jorong.

- j. Pemerataan layanan kesehatan, termasuk ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai di semua wilayah.
 - k. Penyusunan dan penerapan peraturan daerah (Perda) tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur secara komprehensif sistem dan tanggung jawab layanan.
 - l. Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap kualitas dan kinerja pelayanan kesehatan.
 - m. Peningkatan honor kader kesehatan, yang saat ini masih tergolong minim, agar sebanding dengan peran dan beban kerja mereka.
 - n. Pendekatan langsung kepada kelompok masyarakat, termasuk tokoh pria dan remaja, melalui kegiatan sosialisasi kesehatan di lingkungan mereka.
 - o. Pentingnya penyusunan Perda yang mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan, guna memperkuat dasar hukum dan keberlanjutan program kesehatan daerah.
4. Menurut Bapak/Ibu apa saja upaya kesehatan yang berifat promotif dan preventif yang sudah dilakukan oleh pemerintah daerah?
- a. Penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya promotif, serta upaya preventif melalui skrining kesehatan dan penanganan kasus penyakit menular.
 - b. Pelaksanaan kegiatan pemeriksaan kesehatan gratis, kampanye Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), serta dukungan terhadap pemeriksaan kesehatan bagi anak sekolah, jemaah haji, calon pengantin, remaja, dan kelompok masyarakat lainnya.
 - c. Dukungan terhadap kegiatan cek kesehatan gratis, kampanye Germas, serta kegiatan imunisasi seperti BIAS, Imunisasi HPV, dan vaksinasi Covid-19.

- d. Pelaksanaan Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) baik di lingkungan instansi maupun masyarakat, yang diperkuat dengan adanya Peraturan Bupati Dharmasraya Nomor 1 Tahun 2016 tentang Larangan Merokok.
 - e. Dukungan untuk mewujudkan Dharmasraya sebagai daerah ODF (Open Defecation Free), pencapaian Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS/CKG), serta keterlibatan masyarakat dalam program orang tua asuh untuk balita stunting.
 - f. Pelaksanaan kunjungan rumah untuk pemeriksaan kesehatan, skrining kesehatan langsung kepada masyarakat, serta promosi kesehatan melalui acara resmi maupun media sosial.
 - g. Penyuluhan kesehatan di berbagai kelompok masyarakat seperti kelompok yasinan, sekolah, dan instansi, serta melalui edukasi media sosial dan kegiatan Posyandu untuk seluruh siklus hidup—mulai dari bayi hingga lansia, termasuk pemeriksaan kesehatan gratis untuk seluruh masyarakat.
 - h. Penunjukan kader kesehatan sebagai role model (teladan) di wilayah masing-masing, untuk menjadi penggerak perubahan perilaku hidup sehat di lingkungannya.
5. Menurut Bapak/Ibu, hal-hal apa sajakah yang perlu diatur dalam Peraturan Daerah tentang penyelenggaraan kesehatan?
- a. Standar pelayanan kesehatan, manajemen mutu dan informasi kesehatan, hak dan kewajiban masyarakat dalam pembangunan kesehatan, serta aspek pendanaan, pembinaan, dan pengawasan.
 - b. Tata cara hukum dalam penyelenggaraan kesehatan, penerapan sistem remunerasi, serta penguatan administrasi jaminan pelayanan kesehatan.

- c. Take Home Pay tenaga kesehatan, pengaturan teknis pelayanan kesehatan, dan sistem administrasi jaminan kesehatan yang terpadu.
- d. Kegiatan bagian hukum dan organisasi di rumah sakit, penguatan bagian administrasi jaminan pelayanan kesehatan, serta penataan jenis-jenis pelayanan kesehatan yang disediakan.
- e. Upaya untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi pelaksanaan pelayanan kesehatan yang bermutu, termasuk peraturan mengenai akses dan mutu layanan kesehatan, kewaspadaan terhadap wabah serta penanganan pasca-Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI), pemerataan sumber daya kesehatan, serta peningkatan akses terhadap fasilitas dan informasi pelayanan kesehatan melalui pengembangan sarana komunikasi dan informasi (kominfo) bidang kesehatan.
- f. Perencanaan peraturan daerah (Perda) tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang komprehensif.
- g. Pengelolaan upaya pelayanan kesehatan, baik pada tingkat individu maupun masyarakat, serta perhatian terhadap rendahnya pengelolaan sumber daya manusia (SDM).
- h. Monitoring dan evaluasi kegiatan secara rutin untuk mengukur efektivitas program kesehatan yang telah dilaksanakan.
- i. Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah penyakit yang memerlukan penanganan cepat dan tepat.
- j. Penyusunan dan penerapan Perda yang mengatur layanan kesehatan secara umum maupun khusus, seperti Perda tentang imunisasi.
- k. Penegasan tujuan dan sasaran penyelenggaraan kesehatan di daerah, kewenangan dan tanggung jawab penyelenggara, penetapan jenis dan standar

pelayanan kesehatan, pengelolaan tenaga kesehatan, serta pengaturan mengenai pembiayaan sektor kesehatan.

Analisi kuesioner

Berdasarkan hasil kuesioner yang dihimpun, diketahui bahwa seluruh responden (100%) menyadari bahwa kesehatan merupakan urusan wajib pemerintah yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Tingkat pemahaman ini juga tercermin pada pertanyaan lain, di mana sebanyak 97,5% responden mengetahui bahwa pengelolaan kesehatan perorangan dan masyarakat merupakan sub-urusan dalam bidang kesehatan yang menjadi tanggung jawab kabupaten/kota. Selain itu, sebanyak 100% responden juga mengetahui bahwa Pemerintah Daerah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau, menunjukkan tingkat literasi masyarakat yang tinggi terhadap kewenangan daerah.

Ketika diminta menilai apakah pemerintah daerah telah melaksanakan tanggung jawab dalam meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan berdasarkan penelitian dan pengkajian, sebanyak 72,5% menyatakan Pemerintah Daerah sudah melaksanakan tanggung jawab dalam meningkatkan dan mengembangkan Upaya Kesehatan berdasarkan penelitian dan pengkajian, sementara 27,5% menilai belum. Dalam hal pengetahuan tentang tanggung jawab pemerintah terhadap ketersediaan dan akses fasilitas pelayanan kesehatan serta informasi kesehatan, sebanyak 82,5% menyatakan mengetahui bahwa ketersediaan dan akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan juga merupakan tanggung jawab pemerintah daerah, sedangkan 17,5% masih tidak mengetahui. Sebanyak 77,5% responden juga menilai bahwa Pemerintah

Kabupaten Dharmasraya telah melaksanakan tanggung jawab di bidang kesehatan dengan baik, walau 22,5% menyampaikan penilaian sebaliknya.

Sebagian besar responden yakni 95% menyadari bahwa penyelenggaraan kesehatan mencakup upaya kesehatan, sumber daya kesehatan, dan pengelolaan kesehatan, dan 100% menyatakan mengetahui bahwa upaya kesehatan bertujuan mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya melalui intervensi perorangan maupun masyarakat. Sementara itu, 92,5% responden mengetahui bahwa upaya kesehatan bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif, walaupun masih ada 7,5% yang belum memahami hal tersebut.

Ketika ditanya mengenai efektivitas telekesehatan dan telemedisin, hanya 45% responden yang menilai layanan ini efektif dan efisien, sedangkan mayoritas (55%) menilai Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi melalui Telekesehatan dan Telemedisin tidak efektif dan efisien dilaksanakan di daerah dengan alasan yang dikemukakan meliputi keterbatasan jaringan internet, belum meratanya infrastruktur teknologi informasi, kurangnya literasi digital, serta persepsi masyarakat yang masih lebih percaya pada interaksi langsung dengan tenaga medis. Kendala geografis, budaya, serta usia lanjut juga turut menjadi hambatan dalam implementasi layanan berbasis digital.

Dalam hal pelaksanaan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat oleh pemerintah daerah, sebanyak 80% responden menilai pemerintah daerah kabupaten Dharmasraya sudah dilaksanakan dengan baik melaksanakan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, dan 20% menilai belum. Selanjutnya Sebanyak 97,5% menyatakan bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan primer dan lanjutan sudah tersedia, dan hanya 2,5% menyatakan Pemerintah Daerah belum menyediakan akses Pelayanan

Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan di daerah. Selain itu, 87,5% responden mengetahui bahwa pelayanan kesehatan primer dilaksanakan melalui sistem jejaring yang saling terkoordinasi dan bekerja sama, dan sebanyak 22,5% responden menyatakan tidak mengetahui. dan 85% menyatakan mengetahui bahwa Puskesmas merupakan koordinator jejaring pelayanan kesehatan primer di wilayahnya dan 15 % menjawab tidak mengetahui hal tersebut.

Namun demikian, hanya 55% responden yang menilai bahwa layanan kesehatan primer di puskesmas sudah memadai, sedangkan 45% menyatakan belum. Dalam hal ketersediaan fasilitas kesehatan di Kabupaten Dharmasraya, hanya 47,5% menyatakan jumlah fasilitas kesehatan di Kabupaten Dharmasraya sudah memadai untuk melayani seluruh masyarakat yang membutuhkan pelayanan, sementara mayoritas 52,5% menilai belum memadai. Sebanyak 70% responden menganggap bahwa fasilitas kesehatan sudah menjangkau masyarakat di daerah terpencil, sedangkan 30% berpendapat sebaliknya. Program layanan kesehatan gratis saat hari ulang tahun dinilai bermanfaat oleh 97,5% responden, dan hanya 2,5% yang tidak setuju dan berpendapat program kesehatan gratis hari ulang tahun tidak bermanfaat bagi masyarakat.

Mengenai standar pelayanan kesehatan, 62,5% menilai pelayanan kesehatan yang diberikan pada setiap fasilitas kesehatan sudah memenuhi standar pelayanan, sementara 37,5% menilai belum memenuhi standar pelayanan. Dalam hal ketersediaan tenaga kesehatan, 52,5% menyatakan jumlah tenaga kesehatan untuk setiap fasilitas kesehatan sudah cukup untuk memberikan pelayanan yang baik, namun 47,5% masih merasa jumlahnya kurang. Menariknya, seluruh responden yakni 100% sepakat bahwa partisipasi masyarakat dalam pengawasan pelayanan kesehatan sangat penting. Terkait dengan pendanaan Sementara itu, hanya

22,5% menyatakan bahwa pendanaan untuk penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya sudah mencukupi, sedangkan mayoritas 77,5% menyatakan tidak mencukupi, mencerminkan keprihatinan terhadap aspek pembiayaan.

Sebanyak 70% responden menyatakan bahwa sudah ada regulasi mengenai penyelenggaraan kesehatan di tingkat daerah, dan 30% menilai belum ada. Kendati demikian, seluruh responden (100%) menyatakan bahwa penting untuk membentuk Peraturan Daerah khusus mengenai penyelenggaraan kesehatan, menunjukkan aspirasi kuat terhadap dasar hukum yang lebih tegas dan komprehensif di tingkat lokal.

Berdasarkan hasil kuesioner yang dihimpun dari responden, secara umum dapat disimpulkan bahwa tingkat pemahaman masyarakat terhadap peran dan tanggung jawab pemerintah daerah dalam bidang kesehatan tergolong sangat tinggi. Hal ini tercermin dari mayoritas responden yang mengetahui bahwa kesehatan merupakan urusan wajib pemerintah, serta memahami struktur pengelolaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, termasuk kewajiban daerah dalam menyediakan layanan kesehatan yang bermutu, aman, merata, dan terjangkau.

Sebagian besar masyarakat juga menilai bahwa pemerintah daerah telah melaksanakan tanggung jawabnya di bidang kesehatan, meskipun masih terdapat ruang untuk perbaikan, khususnya dalam hal implementasi berbasis penelitian dan pengkajian, pemerataan akses di wilayah terpencil, serta pemenuhan jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan. Ketersediaan pelayanan primer dan lanjutan dinilai telah memadai oleh mayoritas responden, namun layanan di Puskesmas dan jumlah fasilitas kesehatan masih dianggap belum mencukupi oleh sebagian besar masyarakat.

Sementara itu, inovasi layanan melalui telekesehatan dan telemedisin belum sepenuhnya diterima oleh masyarakat, disebabkan oleh keterbatasan infrastruktur, literasi digital yang rendah, serta budaya masyarakat yang masih mengedepankan interaksi langsung dengan tenaga medis. Responden juga menilai bahwa program kesehatan gratis sangat bermanfaat, serta menyadari pentingnya partisipasi masyarakat dalam pengawasan layanan kesehatan.

Namun demikian, pendanaan kesehatan masih dianggap belum mencukupi oleh mayoritas responden, dan terdapat harapan kuat dari masyarakat agar pemerintah daerah membentuk regulasi khusus berupa Peraturan Daerah terkait penyelenggaraan kesehatan sebagai payung hukum yang lebih jelas dan mengikat. Secara keseluruhan, hasil kuesioner ini menunjukkan bahwa masyarakat memiliki pemahaman dan perhatian yang baik terhadap isu-isu kesehatan daerah, sekaligus memberikan masukan yang berharga bagi peningkatan pelayanan dan penguatan sistem kesehatan di Kabupaten Dharmasraya.

2. Diskusi Publik

Diskusi npublik dilaksanakan pada tanggal 26 Mei 2025 di aula gedung DPRD Kabupaten Dahrmasraya dengan menghadirkan perangkat daerah terkait, stakeholder, kecamatan, nagari dan perwakilan kader kesehatan di nagari.

a. Camat Pulau Punjung

- 1) Pelayanan kesehatan di Kecamatan Pulau Punjung menjadi salah satu isu prioritas yang mendapat perhatian dari berbagai pemangku kepentingan. Terdapat sejumlah aspirasi, keluhan, dan saran yang muncul dari berbagai pihak, baik dari unsur pemerintah kecamatan, petugas lapangan, kader kesehatan, maupun lembaga legislatif. Semua ini menggambarkan betapa

pentingnya pembenahan sistem pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan berkeadilan.

- 2) Camat Pulau Punjung, Bapak **Yulvius**, menyampaikan bahwa di wilayahnya terdapat dua puskesmas, yaitu Puskesmas Sungai Dareh dan Puskesmas Sialang. Secara rutin pihak kecamatan mengadakan lokakarya bidang kesehatan, yang menjadi forum untuk menyampaikan berbagai program, permasalahan, dan solusi bersama.
- 3) Melalui forum tersebut, diketahui bahwa posbindu memiliki peran penting dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat, khususnya dalam pencegahan penyakit tidak menular. Oleh karena itu, penguatan Posbindu menjadi langkah strategis yang perlu didukung baik secara program maupun anggaran.
- 4) Beliau juga menyuarakan keluhan dari para kader kesehatan, yang merasa bahwa insentif yang diterima belum sebanding dengan beban kerja di lapangan. Oleh karena itu, beliau mengusulkan agar kesejahteraan kader kesehatan dimasukkan secara eksplisit dalam Perda Kesehatan yang sedang disusun.
- 5) Perspektif dari Pemerintah Kecamatan yakni Pentingnya Penguatan Posbindu dan Kesejahteraan Kader kesehatan

b. Dinas Kesehatan, Ibu Nayanti

- 1) permasalahan kesehatan bersifat komprehensif dan menyentuh seluruh lapisan masyarakat, dari tingkat bawah hingga atas. Program-program kesehatan, seperti SPM (Standar Pelayanan Minimal), AKABA, dan Asta Cita, dirancang untuk mendeteksi dini masalah kesehatan dan meringankan beban pemerintah dalam jangka panjang.

- 2) Namun, tantangan utama saat ini adalah minimnya partisipasi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Bahkan dengan hadirnya layanan CKG (Cek Kesehatan Gratis), sebagian warga tetap enggan memanfaatkannya.
- 3) Karena itu, muncul usulan agar dalam Perda dimungkinkan adanya sanksi administratif bagi masyarakat yang menolak datang ke fasilitas kesehatan tanpa alasan yang jelas, sebagai langkah terakhir setelah berbagai upaya edukasi dan pendekatan dilakukan.

c. Ketua Bapemperda DPRD

Ketua Bapemperda DPRD menyampaikan pentingnya belajar dari daerah lain seperti Kota Mataram, di mana rumah sakit memberikan layanan jemput pasien sebagai bentuk pelayanan aktif. Menurutnya, kebijakan serupa perlu dipertimbangkan agar dapat menguntungkan masyarakat, tetapi juga realistis dan tidak memberatkan petugas dalam pelaksanaannya.

Beliau menegaskan bahwa Perda Kesehatan yang disusun harus benar-benar disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat dan kondisi riil di lapangan.

d. Ibu Rolkih, kader kesehatan dari Sungai Rumbai.

- 1) realita lapangan yang cukup memprihatinkan dimana Antusiasme masyarakat terhadap Posyandu semakin menurun, bahkan sering kali kader harus menjemput warga satu per satu. Berbagai alasan diberikan, seperti anak sedang tidur, takut demam, hingga tidak diizinkan oleh suami. Kondisi ini tentu menyulitkan pencapaian target pelayanan. Oleh karena itu, beliau mempertanyakan, apakah mungkin diberlakukan sanksi bagi warga yang enggan mengikuti Posyandu, terutama bila tanpa alasan yang masuk akal.
- 2) Selain itu, Posyandu lansia juga belum optimal. Dari sekitar 40 lansia di wilayahnya, hanya 3 orang laki-laki yang rutin memeriksakan diri. Ini

menunjukkan masih rendahnya kesadaran masyarakat, khususnya lansia pria, terhadap pentingnya deteksi dini penyakit.

- 3) masalah lingkungan yang berdampak pada kesehatan, seperti:
- a) Asap dari pembakaran kandang ternak (kambing dan ayam) pada sore hari yang sangat mengganggu.
 - b) Keberadaan anjing liar yang meresahkan, terutama karena sering mengejar anak-anak. Ia meminta agar ada solusi konkret agar anjing liar ini tidak terus berkeliaran bebas di pemukiman.





3. penelitian/wawancara

penelitian/wawancara ini dilaksanakan pada tanggal 27 Mei 2025 ke Dinas kesehatan, RSUD sungai daerah, puskesmas sungai daerah, nagari tebing tinggi, dengan hasil wawancara sebagai berikut :

a. Dinas Kesehatan

1) Mewujudkan Pelayanan Kesehatan yang Menyeluruh: Harapan, Tantangan, dan Inovasi

Dinas Kesehatan terus berupaya mendorong masyarakat untuk mengikuti seluruh program kesehatan yang telah disusun. Sosialisasi secara masif telah dilakukan sebagai langkah awal. Meski demikian, tantangan di lapangan tetap ada, terutama dalam hal pemeriksaan ibu hamil, angka kematian ibu dan bayi, serta cakupan imunisasi yang belum mencapai target.

Salah satu usulan menarik dari tingkat nagari dan puskesmas adalah pemberlakuan sistem reward and punishment yang mendorong keterlibatan aktif masyarakat. Misalnya, akta kelahiran anak hanya bisa diperoleh apabila pemeriksaan kehamilan

ibu lengkap, atau buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) menjadi syarat wajib saat anak mendaftar sekolah atau mengajukan beasiswa. Kebijakan semacam ini dianggap mampu meningkatkan kepatuhan dan kesadaran keluarga terhadap pentingnya layanan kesehatan sejak dini.

2) Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Promosi kesehatan perlu lebih diperkuat, terutama dalam upaya pencegahan penyakit kronis seperti gagal ginjal. RSUD Sungai Dareh telah menyediakan layanan cuci darah sejak tahun 2017, dengan jumlah mesin yang meningkat dari 4 menjadi 11. Meskipun ini menunjukkan kemajuan dari sisi layanan, di sisi lain juga mencerminkan meningkatnya jumlah penderita gagal ginjal, termasuk dari kalangan usia muda.

Hal ini menjadi refleksi bersama bahwa pencegahan jauh lebih penting. Perlu keterlibatan lintas sektor, seperti Dinas Pendidikan dalam pengawasan gizi anak di sekolah, serta peran orang tua dalam menjaga pola makan anak di rumah. Kesehatan tidak bisa hanya ditangani dari hilir, tetapi juga harus dimulai dari hulu melalui pendekatan promotif dan preventif.

3) Peran Fasilitas Kesehatan Swasta dan Inovasi Layanan

Fasilitas kesehatan swasta juga perlu berkontribusi dalam pelaporan dan pelaksanaan program-program pemerintah. Hal ini penting untuk memastikan koordinasi dan pemantauan program kesehatan secara menyeluruh di daerah.

Di tingkat puskesmas, inovasi terus berkembang. Salah satunya adalah Posyandu Bapak-Bapak di Puskesmas Sungai Rumbai yang dilaksanakan setiap hari Jumat. Inisiatif ini penting untuk mendorong keterlibatan pria dalam urusan kesehatan keluarga, yang selama ini masih minim.

4) Tantangan SDM

Ketersediaan SDM kesehatan masih menjadi tantangan besar. Meski jumlah dokter cukup untuk jumlah puskesmas yang ada, jika dikaitkan dengan jumlah peserta jaminan kesehatan, rasio dokter masih belum ideal. Contohnya, satu puskesmas yang menanggung kapitasi hingga 27.000 orang seharusnya memiliki minimal enam dokter. Namun kenyataannya, belum semua puskesmas mampu memenuhi kebutuhan tersebut.

Peningkatan kompetensi SDM juga menjadi hal mendesak, terutama karena semua puskesmas telah menjadi BLUD (Badan Layanan Umum Daerah), yang pembiayaannya tergantung pada kemampuan masing-masing. Pemerintah daerah perlu menegaskan dalam regulasi bahwa peningkatan kompetensi tenaga kesehatan harus dilakukan secara berkala dan sistematis.

5) Dukungan Anggaran dan Peran Nagari

Diperlukan penguatan di tingkat kebijakan agar nagari wajib mengalokasikan anggaran kesehatan secara menyeluruh, tidak terbatas hanya pada program stunting atau tuberkulosis. Dukungan anggaran ini akan sangat membantu kelancaran semua program kesehatan.

6) Kesehatan Jiwa menjadi Isu yang Meningkat

Kasus Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) juga menjadi perhatian. Tahun 2024 tercatat ada tujuh kasus pemasangan ODGJ, dan angka gangguan jiwa cenderung meningkat. Penanganannya saat ini sudah terintegrasi melalui tim TPKJM yang melibatkan Dinas Sosial, Dukcapil, dan Satpol PP. Kedepan, perlu pertimbangan untuk memasukkan isu kesehatan jiwa ke dalam Perda Penyelenggaraan Kesehatan atau bahkan membuat Perda tersendiri, terkait hal ini akan di diskusikan ke pimpinan terlebih dahulu.

7) Pelayanan Inap dan Penguatan Infrastruktur

RSUD dan puskesmas terus berupaya mendekatkan layanan kepada masyarakat. Saat ini terdapat enam puskesmas dengan layanan rawat inap. Dalam RPJMD yang akan datang, dua puskesmas lagi – Puskesmas Sititiung II dan Beringin Sakti – diusulkan menjadi puskesmas rawat inap. Ini penting sebagai strategi pendekatan pelayanan kesehatan primer.

8) Capaian dan Harapan ke Depan

Program pemeriksaan gratis yang dilaksanakan dalam rangka Hari Ulang Tahun menunjukkan progres meski belum mencapai target maksimal. Namun, ini merupakan langkah positif yang bisa dikembangkan lebih lanjut.

Terkait Universal Health Coverage (UHC), data angka pasti akan segera dikirimkan. Namun pada prinsipnya, semua pihak menyadari pentingnya sinergi antarlembaga untuk memastikan pelayanan kesehatan yang inklusif dan berkesinambungan.

b. RSUD Sungai Daerah

RSUD saat ini menghadapi berbagai tantangan yang berkaitan dengan sarana prasarana, sumber daya manusia, serta pelaksanaan program-program strategis. Permasalahan ini perlu segera diidentifikasi dan ditindaklanjuti demi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Wawancara dilakukan dengan Kabag TU RSUD, Kabid Pelayanan, kabid penunjang dan Kabid keperawatan, sehingga didapat beberapa kesimpulan, yakni :

1) Permasalahan Sarana dan Prasarana.

- a. Seiring dengan berkembangnya kebutuhan layanan berbasis digital, RSUD memerlukan peningkatan sistem informasi, khususnya jaringan internet yang

masih belum optimal. Kondisi ini berdampak langsung terhadap pencapaian target pelayanan. Selain itu, dibutuhkan tenaga SDM yang kompeten untuk mengelola sistem informasi tersebut secara profesional.

- b. Ketersediaan ruang pelayanan juga masih kurang, begitu pula dengan fasilitas pengolahan limbah medis yang belum sesuai dengan kapasitas RSUD. Kebutuhan air bersih semakin meningkat, sehingga diperlukan alternatif seperti pengolahan air permukaan (misalnya dari sungai), meskipun operasional untuk pengolahan ini masih belum mencukupi.
- c. Dalam rangka menambah alat kesehatan, perlu juga penambahan daya listrik, yang membutuhkan dukungan dari pihak PLN.
- d. Di sisi lain, belum tersedianya regulasi khusus, seperti Peraturan Gubernur mengenai pengadaan langsung berdasarkan jenjang pengadaan, menghambat proses pengadaan barang dan jasa di lingkungan RSUD.

2) Kendala Sumber Daya Kesehatan

- a. RSUD masih mengalami kekurangan tenaga dokter spesialis, termasuk dokter urologi, rekam medik, serta subspesialis lainnya yang belum tersedia sama sekali. Walaupun jumlah perawat cukup banyak, sebagian besar masih belum mendapatkan pelatihan sesuai bidang kerjanya.
- b. Pelatihan bagi tenaga kesehatan, khususnya tenaga laboratorium, belum diselenggarakan secara maksimal. Selain itu, RSUD juga memerlukan tenaga teknis yang mampu menangani permasalahan alat kesehatan secara mandiri, agar tidak selalu tergantung pada vendor eksternal.

3) Penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB)

- a. Dalam penanganan kasus rabies, ketersediaan vaksin saat ini hanya terdapat di dua puskesmas, sementara di RSUD belum ada program vaksinasi rabies

secara khusus. Hal ini menuntut adanya koordinasi antara RSUD dan puskesmas terkait.

4) Program Pemberdayaan

RSUD telah melaksanakan kegiatan promosi kesehatan (Promkes) secara rutin setiap hari Jumat bagi pengunjung rumah sakit, yang menjadi bagian dari program pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.

5) Penanganan Gizi Buruk

Upaya penanganan gizi buruk masih menghadapi kendala utama pada sisi pendanaan. Banyak peserta BPJS mengalami keterlambatan pencairan dana, sementara bantuan dari Baznas sering kali terkendala persyaratan administratif yang rumit.

6) Penanggulangan Stunting

Program penanggulangan stunting sudah masuk dalam kelompok kerja (pokja) program nasional dan telah memiliki jalur khusus di RSUD, sehingga masyarakat bisa langsung mengakses bantuan yang tersedia.

7) Program Nasional yang Wajib Dilaksanakan di RSUD

RSUD wajib melaksanakan lima program nasional utama, yaitu:

- a. Penanggulangan Stunting
- b. TB (Tuberkulosis)
- c. KB (Keluarga Berencana)
- d. HIV
- e. PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif)

Namun demikian, perlu batasan dan kejelasan mengenai tanggung jawab RSUD dalam pelaksanaan program-program tersebut.

8) Peran RSUD dalam Penanggulangan TB

RSUD telah menjadi rujukan untuk penanggulangan TB resisten obat karena memiliki dokter spesialis paru dan fasilitas pendukung yang memadai.

9) Perlindungan bagi Tenaga Kesehatan

Terdapat kebutuhan mendesak untuk menyusun program perlindungan bagi tenaga kesehatan, baik dalam aspek perlindungan selama bertugas maupun perlindungan pribadi, agar tenaga kesehatan dapat bekerja dengan aman dan nyaman.

10) Koordinasi dan Kebijakan Internal

Perlu adanya strategi koordinasi yang lebih kuat dalam penyusunan kebijakan RSUD bersama Bagian Hukum Pemda, agar semua kebijakan sesuai dengan peraturan dan kebutuhan lokal.

11) Penempatan Petugas BPJS dan Pengelolaan Parkir

Penting untuk menempatkan petugas BPJS secara langsung di RSUD guna mempercepat proses layanan. Selain itu, pengelolaan parkir juga perlu ditata dengan lebih baik untuk meningkatkan kenyamanan pasien dan pengunjung.

12) Standar Penggajian dan Tenaga Administrasi

RSUD memerlukan standar penggajian yang jelas dan adil bagi tenaga kesehatan, serta penambahan jumlah tenaga administrasi agar pelayanan rumah sakit dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

c. Puskemas Sungai Daerah

Wawancara ini dilakukan dengan ibu kepala puskesmas (muyati), sehingga didapat beberapa kesimpulan :

- 1) Pelayanan kesehatan di wilayah Sungai Dareh terus mengalami perkembangan positif, khususnya melalui penguatan peran Posyandu sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan masyarakat. Jika dahulu Posyandu hanya tersedia di beberapa titik, kini Posyandu telah hadir di setiap jorong, membuka akses yang lebih dekat dan mudah dijangkau oleh seluruh warga. Dengan keberadaan ini, seharusnya tidak ada lagi alasan bagi masyarakat untuk tidak hadir di Posyandu.
- 2) Untuk meningkatkan partisipasi, berbagai strategi kreatif telah diterapkan. Di antaranya adalah pemberian makanan tambahan seperti bubur kacang hijau saat kegiatan Posyandu, serta sertifikat khusus bagi anak-anak yang telah menyelesaikan imunisasi dasar lengkap. Ini bukan hanya sebagai penghargaan, tapi juga sebagai bentuk edukasi yang menarik bagi orang tua dan anak-anak.
- 3) Namun demikian, tak semua warga dapat dijangkau secara pasif. Tim kesehatan juga melakukan kunjungan langsung ke rumah masyarakat yang tidak hadir ke Posyandu, demi memastikan target pelayanan tetap tercapai.
- 4) Dalam menggerakkan kegiatan di lapangan, peran kader kesehatan sangat vital. Oleh karena itu, perlu ditegaskan dalam regulasi bahwa kader-kader yang berprestasi layak menerima penghargaan atau reward sebagai bentuk apresiasi atas dedikasi mereka dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- 5) Program Posbindu Penyakit Tidak Menular (PTM) diintegrasikan dengan program lansia, gizi, dan promosi gaya hidup sehat. Di Sungai Dareh, kegiatan ini telah dilakukan rutin di 40 jorong, bahkan menjangkau perkantoran—baik pemerintah maupun swasta seperti di PT AWB.
- 6) Rangkaian kegiatan mencakup senam bersama, penyuluhan, makan buah dan sayur, serta pemeriksaan kesehatan. Untuk perkantoran, program ini dilaksanakan setiap

tiga bulan. Ini membuktikan bahwa pendekatan kesehatan komunitas bisa berjalan efektif bila didukung dengan inovasi dan konsistensi

- 7) Inovasi Khusus: Dari Sekolah Hingga Penanggulangan Gizi Buruk dan Gangguan Jiwa. Berbagai inovasi lainnya turut dikembangkan, seperti:
 - Gerakan Anak Sekolah Gemar Buah dan Sayur, sebagai upaya edukasi pola makan sehat sejak dini.
 - Program CSTBOKmas, yaitu cek suspek tuberkulosis, kemudian dirujuk langsung ke puskesmas.
 - Inisiatif Kasibejo (Kawal Ibu dan Bayi Jorong), yakni pendampingan intensif oleh kepala jorong terhadap ibu hamil dan bayi untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.
- 8) Meski demikian, angka kematian ibu dan bayi masih menjadi tantangan utama, selain keterbatasan kompetensi SDM dan prasarana yang belum memadai. Beberapa Poskesri dan Pustu bahkan masih menggunakan rumah pribadi karena keterbatasan lahan.
- 9) Terkait ini, ada kendala kebijakan dimana dana desa tidak boleh digunakan untuk pembelian lahan, namun diperbolehkan untuk pembangunan fisik. Oleh karena itu, koordinasi dan dukungan nagari sangat penting. Untungnya, perhatian nagari terhadap pembangunan sarana kesehatan sudah cukup baik, dengan rata-rata membangun satu Poskesri setiap tahun.
- 10) Pengendalian DBD Fokus Bukan Pada Fogging, Tapi pada Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Masyarakat sering salah kaprah bahwa fogging adalah solusi utama untuk DBD. Padahal, fogging hanya membunuh nyamuk dewasa, bukan telurnya. Karena itu, yang paling penting adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk yang membutuhkan kesadaran dan partisipasi masyarakat. Ini menjadi tantangan

tersendiri, sehingga dukungan jorong dan nagari sangat diperlukan untuk memberikan himbauan yang kuat.

11) Pelayanan Kesehatan Jiwa dengan Menjemput Bola, Untuk kasus gangguan jiwa (ODGJ), Puskesmas Sungai Dareh menerapkan pendekatan aktif dan humanis. Pasien yang belum memiliki BPJS difasilitasi untuk dibuatkan, meskipun ada tantangan seperti kebutuhan foto identitas. Obat juga diantar langsung ke rumah oleh petugas untuk ODGJ berat. Ketika pasien mulai mandiri, mereka akan mengambil obat sendiri ke puskesmas. Ini menunjukkan pendekatan jemput bola yang penuh empati.

12) Namun pengawasan tidak bisa hanya diserahkan kepada keluarga. Diperlukan dukungan dari nagari dan jorong agar sistem pengawasan dan pendampingan berjalan lebih efektif.

13) Kesehatan Adalah Tanggung Jawab Bersama. Apa yang telah dilakukan di Sungai Dareh menunjukkan bahwa kesehatan masyarakat bisa ditingkatkan melalui inovasi, gotong royong, dan pendekatan lintas sektor. Tapi tantangan masih ada, mulai dari keterbatasan SDM, sarana, hingga partisipasi masyarakat.

Ke depan, dibutuhkan penguatan regulasi, alokasi anggaran yang adil dari nagari, serta sistem reward untuk kader. Dengan itu semua, kita bisa memastikan bahwa layanan kesehatan bukan hanya tanggung jawab dinas kesehatan, tapi tanggung jawab bersama seluruh elemen masyarakat.

d. Kantor Walinagari Tebing tinggi

1) Profil dan Fasilitas Kesehatan di Nagari Tebing Tinggi, Kabupaten Dharmasraya
Nagari Tebing Tinggi merupakan salah satu nagari yang terletak di Kabupaten Dharmasraya, Sumatera Barat, dan saat ini dipimpin oleh Wali Nagari Seprinedi. Nagari ini terdiri dari tujuh jorong yang memiliki dinamika sosial dan karakter

masyarakat yang beragam, termasuk dua jorong dengan mayoritas penduduk bersuku Jawa yang dikenal memiliki kesadaran kebersihan dan gotong royong yang tinggi.

2) Fasilitas Kesehatan

Di Nagari Tebing Tinggi terdapat berbagai fasilitas kesehatan tingkat dasar:

- Polindes (Pondok Bersalin Desa): Terdapat 4 unit Polindes yang tersebar di beberapa jorong, termasuk satu yang paling lengkap di Jorong Sudomulyo, dibangun dengan Dana Desa. Polindes ini melayani persalinan normal dan layanan dasar kesehatan oleh bidan desa.
- Poskesri (Pos Kesehatan Nagari): Terdapat 1 unit Poskesri, yang merupakan rujukan dari Polindes ketika penanganan membutuhkan fasilitas yang lebih lengkap, terutama untuk ibu hamil dan anak.
- Puskesmas Induk berada di luar nagari, namun untuk pelayanan di tingkat nagari dan jorong, masyarakat dilayani melalui fasilitas Polindes dan Poskesri.

3) Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Sosial

Nagari aktif dalam mendorong masyarakat untuk memiliki BPJS Kesehatan, dengan sosialisasi rutin melalui kader dan himbauan saat pelaksanaan ibadah Jumat di masjid. Sebagian masyarakat menerima bantuan BPJS dari pusat, berdasarkan data KST, yang memungkinkan mereka memperoleh seluruh bantuan kesehatan.

Kasus darurat seperti stroke mendadak atau koma pun mendapat perhatian. Pemerintah daerah langsung memproses permohonan melalui Dinas Sosial untuk mendapatkan layanan BPJS, meskipun dengan kuota terbatas namun tetap memprioritaskan yang bersifat darurat.

Nagari juga secara aktif mengajukan usulan bantuan BPJS gratis bagi masyarakat yang belum tercover.

4) Kader dan SDM Kesehatan

Setiap jorong memiliki sekitar 10 kader Posyandu, total sekitar 70 kader di seluruh nagari. Setiap kader bertanggung jawab atas 20 rumah, dengan insentif sebesar Rp75.000 per orang per triwulan. Mereka bertanggung jawab kepada bidan desa dan pengurus PKK Nagari.

Namun, tingkat kepercayaan masyarakat terhadap bidan desa belum sepenuhnya maksimal, terbukti dengan masih adanya masyarakat yang memilih berpindah ke jorong lain atau nagari lain untuk mendapatkan layanan kesehatan. Nagari pun aktif memberikan pembinaan kepada bidan desa, baik secara teknis maupun dari segi etika dan interaksi sosial, berdasarkan laporan masyarakat.

Dalam lima tahun terakhir, dua orang bidan pernah dilaporkan masyarakat terkait etika dan kinerja, yang kemudian menjadi perhatian khusus nagari.

5) Penanganan Penyakit dan Kesehatan Masyarakat

Nagari Tebing Tinggi aktif mengikuti arahan pemerintah pusat dan daerah terkait penanganan penyakit menular, seperti:

- Imunisasi dilakukan secara rutin melalui Posyandu.
- Rabies: Hingga saat ini tercatat nol kasus. Nagari secara aktif mengirim surat ke dinas terkait untuk pengendalian populasi hewan, diawali dengan himbauan kepada masyarakat.
- Gizi: Kasus gizi buruk mengalami penurunan. Terakhir pada tahun 2024 tercatat 4 kasus yang telah ditangani dengan asupan gizi tambahan melalui bantuan lintas sektor serta koordinasi dengan pihak sekolah.
- Pengawasan Obat dan Makanan: Nagari menghimbau sekolah-sekolah agar memperhatikan makanan yang dijual kepada siswa.

6) Kendala dan Harapan

- Keterbatasan SDM: Saat ini terdapat lima bidan senior yang akan memasuki masa pensiun, namun belum ada pengganti. Kebutuhan akan tenaga kesehatan baru cukup mendesak.
 - Belum Meratanya Fasilitas Kesehatan: Dari tujuh jorong, masih ada tiga jorong yang belum memiliki fasilitas kesehatan karena keterbatasan lahan. Nagari berharap adanya dukungan penyediaan tanah untuk pembangunan Polindes.
 - Keterbatasan Sarana: Nagari belum memiliki ambulans, dan belum bisa memanfaatkan Dana Nagari untuk pengadaannya karena status wilayah masih dalam kabupaten. Rencananya akan diupayakan melalui Dana Pokir pada tahun mendatang.
 - Efisiensi Insentif THL: Insentif tenaga harian lepas (THL) dibantu oleh pemerintah daerah, namun masih perlu penguatan ke depan.
- 7) Meskipun demikian, Nagari Tebing Tinggi terus berupaya melengkapi sarana dan prasarana kesehatan menggunakan Dana Nagari, termasuk pengadaan timbangan dan alat ukur di Polindes dan Poskesri.

4. sharing informasi

Sharing informasi dilakukan oleh anggota DPRD dharmasraya bersama dengan tim Tenaga ahli dari kantor Wilayah Kementerian Hukum Sumbatera Barat ke Dinas Kesehatan Kota Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat yang dilaksanakan pada tanggal 23-27 Februari 2025. beberapa informasi penting terkait penyelenggaraan kesehatan di kota mataram, yakni :

- a. Kota Mataram telah menunjukkan komitmennya dalam meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat melalui hadirnya Peraturan Daerah (Perda) Nomor 11 Tahun 2017 tentang Sistem Penyelenggaraan Kesehatan Daerah. Perda ini menjadi pondasi hukum yang memperkuat sistem pelayanan kesehatan di Kota Mataram,

dengan tujuan utama untuk mempermudah akses layanan kesehatan baik di RSUD maupun di puskesmas bagi seluruh masyarakat.

- b. Dalam regulasi tersebut, secara jelas diatur jenjang pelayanan kesehatan yang meliputi:
- Pelayanan kesehatan primer yang diselenggarakan di puskesmas, pustu, dan posyandu,
 - Pelayanan kesehatan sekunder di rumah sakit umum, **serta**
 - Pelayanan kesehatan tersier di rumah sakit khusus.
- c. Capaian membanggakan berhasil diraih per 1 Februari 2025, di mana angka Universal Health Coverage (UHC) Kota Mataram telah mencapai 98,8%. Artinya, hampir seluruh warga telah terdaftar dalam program Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS, menunjukkan meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya jaminan kesehatan. Atas capaian ini, Kota Mataram mendapatkan apresiasi dan penghargaan dari pemerintah pusat.
- d. Bagi masyarakat yang belum memiliki BPJS namun membutuhkan pelayanan kesehatan, pemerintah Kota Mataram tetap memberikan layanan. Mereka juga akan langsung didaftarkan sebagai peserta BPJS, khususnya di kelas III. Menariknya, program ini tidak hanya menyasar masyarakat miskin, tetapi juga seluruh warga yang bersedia untuk terdaftar di kelas tersebut.
- e. Implementasi UHC di Mataram didukung oleh Peraturan Wali Kota (Perwal) Nomor 37 Tahun 2019 tentang UHC, yang menjadi turunan dari Perda dan memperkuat pelaksanaannya di lapangan.
- f. Sebagai bentuk inovasi dalam pelayanan, Kota Mataram meluncurkan program UPKP (Unit Pelayanan Kesehatan Pegawai), yaitu layanan kesehatan jemput bola bagi pegawai di lingkungan pemerintahan, termasuk pelayanan kesehatan yang

dibawa langsung ke kantor Wali Kota. Tujuannya, memberikan kemudahan bagi pegawai yang kesulitan datang langsung ke puskesmas karena keterbatasan waktu. Program ini berada di bawah binaan puskesmas dan menjadi salah satu strategi preventif dan promotif yang efektif.

g. Namun demikian, pelaksanaan Perda ini masih menyisakan beberapa catatan penting untuk dikaji dan dievaluasi lebih lanjut. Beberapa pasal dalam Perda Nomor 11 Tahun 2017 menjadi bahan diskusi strategis:

- Pasal 31 menetapkan bahwa alokasi dana dari APBD untuk penyelenggaraan kesehatan masyarakat minimal 10% dari total APBD (di luar gaji). Pertanyaannya, apakah ketentuan ini telah konsisten dilaksanakan setiap tahun?
- Pasal 29 ayat (2) menyebutkan adanya sumber pendanaan dari sektor swasta melalui Corporate Social Responsibility (CSR). Namun, realisasinya masih terbatas, baru berjalan di tingkat puskesmas, dan belum merata hingga ke Dinas Kesehatan.
- Pasal 29 ayat (3) mencantumkan pendanaan dari masyarakat. Dalam pelaksanaannya, hal ini diterjemahkan dalam bentuk sistem gotong royong, di mana kelompok masyarakat yang mampu turut menanggung biaya kesehatan bagi yang kurang mampu, bukan melalui pungutan langsung.
- Pasal 16 hingga 18 mengatur tentang layanan kesehatan primer, termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan tradisional dan alternatif oleh tenaga pengobat tradisional. Saat ini, layanan seperti akupuntur, bekam, dan pijat sudah berjalan dan diawasi langsung oleh Dinas Kesehatan. Pelayanan tersebut hanya dilakukan oleh praktisi berizin resmi dari DPMPTSP, serta tetap berkoordinasi dengan puskesmas untuk menghindari penyalahgunaan kewenangan medis.

- Pasal 56 mengenai penyediaan kantin sehat di fasilitas pelayanan kesehatan juga masih menjadi bahan evaluasi: apakah implementasinya sudah merata di setiap fasilitas layanan?
- Terakhir, terkait sanksi, dibutuhkan mekanisme penerapan yang jelas dan tegas agar efektivitas Perda dapat terjamin.

h. Tanggapan Dinas Kesehatan Kota Mataram

Dinas Kesehatan Kota Mataram menanggapi bahwa memang masih terdapat beberapa aspek Perda yang belum berjalan optimal. CSR dari swasta misalnya, baru terealisasi di lingkup puskesmas, belum di tingkat dinas. Meski demikian, mereka memastikan bahwa pelayanan kesehatan tradisional yang berjalan telah terdaftar resmi dan diawasi, serta tidak mengambil alih tugas medis dokter.

Sementara itu, sistem gotong royong sebagai bagian dari kontribusi masyarakat dalam pembiayaan kesehatan dinilai efektif, karena tidak menambah beban masyarakat miskin namun memperkuat solidaritas sosial

- i. perjalanan panjang dalam membangun sistem kesehatan yang inklusif, terjangkau, dan bermutu di Kota Mataram telah menunjukkan hasil yang nyata, seperti capaian UHC yang hampir sempurna. Namun, tantangan masih ada. Evaluasi terhadap pelaksanaan Perda, pemanfaatan CSR, serta penguatan sistem pendanaan alternatif menjadi agenda penting ke depan. Dengan komitmen bersama antara pemerintah, swasta, dan masyarakat, transformasi layanan kesehatan di Kota Mataram dapat terus berlanjut menuju masyarakat yang lebih sehat dan sejahtera.



Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa Pelayanan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya masih menghadapi berbagai permasalahan multidimensi yang berdampak masih rendahnya capaian indikator kesehatan, khususnya pelayanan ibu dan anak. Permasalahan ini meliputi keterbatasan infrastruktur, sumber daya manusia (SDM), kompetensi tenaga kesehatan, partisipasi masyarakat, serta kelemahan dalam implementasi program promotif dan preventif.

Adapun rincian permasalahan yang telah diidentifikasi dari data yang didapat, penyebaran kusioner dan diskusi publik serta wawancara yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Keterbatasan Sarana dan Prasarana Kesehatan

Ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya masih sangat terbatas, baik dari segi jumlah, kondisi fisik, maupun kelengkapan alat kesehatan. Dari total 43 Puskesmas Pembantu (Pustu) yang tersebar di kabupaten ini, hanya 9 unit yang berada dalam kondisi baik dan layak memberikan pelayanan, termasuk bagi ibu hamil dan bersalin. Selain itu, minimnya alat kesehatan seperti USG dan sarana pendukung lainnya menjadi hambatan serius dalam pelayanan dasar.

2. Terbatasnya Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan, baik dokter umum, dokter spesialis, bidan, maupun perawat, masih belum mencukupi untuk menjangkau seluruh wilayah, terutama daerah terpencil. Masih terdapat nagari yang belum memiliki tenaga medis. Kekurangan ini tidak hanya berdampak pada layanan dasar, namun juga pada kesiapsiagaan penanganan kegawatdaruratan, terutama karena saat ini tidak ada lagi tenaga terlatih di Puskesmas PONED.

3. Kurangnya Kompetensi dan Pelatihan Tenaga Kesehatan

Kompetensi tenaga kesehatan, khususnya dalam pelayanan ibu hamil dan persalinan, masih belum sesuai dengan standar pelayanan minimal. Minimnya pelatihan berkelanjutan dan belum optimalnya sistem pengembangan kapasitas menyebabkan kualitas layanan tidak maksimal.

4. Rendahnya Capaian Pelayanan Ibu Hamil dan Ibu Bersalin

Pelayanan kesehatan ibu hamil belum mencapai target yang ditetapkan. Beberapa penyebab utama antara lain:

- Banyak ibu hamil memeriksakan kandungannya setelah melewati trimester pertama, sehingga pemeriksaan kehamilan K4 dan K6 tidak tercapai.
- Jarak yang jauh antara tempat tinggal dan fasilitas pelayanan kesehatan menyebabkan kesulitan akses, terutama untuk pemeriksaan USG minimal dua kali selama kehamilan.
- Sarana pelayanan seperti Pustu yang tidak layak menyebabkan layanan tidak bisa diberikan secara maksimal.
- Kompetensi tenaga kesehatan dalam tatalaksana kehamilan belum sesuai standar. Sedangkan pada pelayanan ibu bersalin, capaian juga masih rendah karena:
- Pencatatan dan pelaporan ibu bersalin belum sepenuhnya akurat, terutama yang melahirkan di luar kabupaten.
- Masih ada ibu melahirkan di rumah karena akses ke puskesmas dan rumah sakit yang jauh, atau karena fasilitas pelayanan tidak memenuhi standar.
- Beberapa wilayah masih mengandalkan tenaga non-kesehatan (dukun), khususnya di nagari yang tidak memiliki tenaga kesehatan.
- Tidak tersedia tenaga terlatih di Puskesmas PONED, sehingga kasus kegawatdaruratan ibu dan bayi tidak dapat ditangani di tingkat pertama.

5. Rendahnya Partisipasi dan Kesadaran Masyarakat

Masyarakat masih kurang aktif dalam memanfaatkan layanan kesehatan, baik untuk pemeriksaan rutin, pemeriksaan kehamilan, maupun kegiatan imunisasi. Tingkat kesadaran terhadap kebersihan lingkungan juga masih rendah. Terdapat persepsi yang

keliru terhadap imunisasi, yang menyebabkan sebagian orang tua menolak atau tidak mengutamakan imunisasi anak.

6. pendekatan Promotif dan Preventif yang Belum Optimal

Kegiatan promotif dan preventif, seperti edukasi kesehatan, deteksi dini penyakit, dan sosialisasi pola hidup bersih dan sehat belum terlaksana secara menyeluruh dan intensif. Hal ini menyebabkan beban layanan kesehatan di hilir meningkat, sementara upaya pencegahan di hulu belum berjalan maksimal.

7. Kekurangan Kader Kesehatan di Tingkat Masyarakat

Kader kesehatan memiliki peran penting dalam pelayanan dasar seperti Posyandu dan Posbindu. Namun, saat ini jumlah kader masih terbatas dan kualitasnya belum memadai. Pelatihan kader belum dilakukan secara sistematis dan insentif masih rendah. Tanpa kader yang memadai, program-program seperti Posyandu, Posbindu, dan kegiatan deteksi dini penyakit tidak akan berjalan optimal.

8. Keterbatasan Anggaran dalam Penyelenggaraan Kesehatan.

Penyelenggaraan layanan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya masih terkendala oleh keterbatasan anggaran yang dialokasikan untuk sektor kesehatan. Kondisi ini memengaruhi berbagai aspek penting, seperti pembangunan dan pemeliharaan fasilitas layanan kesehatan, penyediaan alat kesehatan, ketersediaan obat-obatan, serta distribusi dan kesejahteraan tenaga medis. Keterbatasan anggaran juga membatasi ruang gerak pemerintah daerah dalam mengembangkan program-program promotif dan preventif yang berkelanjutan. Akibatnya, upaya untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang merata, berkualitas, dan mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat belum dapat terlaksana secara optimal.

9. Ketiadaan Regulasi Khusus setingkat peraturan daerah

Hingga saat ini, Kabupaten Dharmasraya belum memiliki regulasi khusus setingkat Peraturan Daerah yang mengatur secara komprehensif tentang penyelenggaraan kesehatan. Kondisi ini mengakibatkan adanya kekosongan hukum yang berdampak pada kurang optimalnya perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kebijakan kesehatan di tingkat daerah

10. Terbatasnya Akses dan Pemahaman Masyarakat terhadap Layanan Kesehatan Digital
Pemanfaatan layanan kesehatan berbasis digital di Kabupaten Dharmasraya masih menghadapi berbagai kendala, terutama terkait dengan keterbatasan infrastruktur jaringan internet, kurangnya sarana pendukung, minimnya perangkat teknologi di masyarakat. Selain itu, rendahnya literasi digital, khususnya pada kelompok usia lanjut dan masyarakat di wilayah terpencil, serta kurangnya sosialisasi mengenai manfaat dan cara penggunaan layanan kesehatan digital, turut menjadi hambatan. Kondisi ini diperparah oleh kepercayaan masyarakat yang masih menganggap bahwa layanan kesehatan hanya efektif jika dilakukan secara langsung melalui tatap muka dengan tenaga medis.

D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru yang diatur dalam Peraturan Daerah terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat dan Dampaknya terhadap Aspek Beban Keuangan Daerah

Berdasarkan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Tahun 1945 dinyatakan bahwa Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kosekuensi dari ketentuan tersebut adalah bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, yang merupakan kebutuhan dasar manusia, dan yang mempunyai peran yg

sangat strategis dlm pembentukan watak serta kepribadian bangsa sebagai salah satu upaya membangun manusia Indonesia seutuhnya, berjiwa diri, mandiri, dan produktif. Kesehatan salah satu faktor penting, karena tanpa kesehatan, pembangunan manusia dan bangsa tidak akan pernah bisa berjalan maksimal.

Kesehatan adalah hak dasar setiap manusia, maka penyelenggaraan sistem kesehatan yang merata dan berkualitas menjadi tanggung jawab utama pemerintah dan pemerintah daerah. Namun, dalam praktiknya, menyelenggarakan layanan kesehatan yang ideal bukanlah hal yang mudah. Ada banyak tantangan dan permasalahan yang masih menjadi pekerjaan rumah hingga saat ini, permasalahan yang secara umum yaitu :

1. Kesenjangan Akses Layanan Kesehatan

Salah satu masalah paling nyata adalah ketimpangan akses antara daerah perkotaan dan pedesaan. Masyarakat di kota besar cenderung lebih mudah mendapatkan layanan kesehatan berkualitas. Sementara itu, banyak wilayah terpencil yang masih kesulitan mendapatkan dokter, fasilitas medis, dan obat-obatan yang memadai.

2. Kekurangan Tenaga Medis

khususnya dokter spesialis, sering kali menumpuk di kota-kota besar. Hal ini menyebabkan beban kerja tinggi bagi tenaga kesehatan di daerah yang kekurangan staf. Akibatnya, pelayanan jadi tidak maksimal dan pasien tidak mendapatkan penanganan optimal.

3. Biaya Kesehatan yang Masih Tinggi, Meski ada program jaminan kesehatan nasional seperti BPJS, realitanya masih banyak masyarakat yang mengeluhkan biaya pengobatan, terutama untuk penyakit kronis atau kondisi yang membutuhkan perawatan jangka panjang. Selain itu, sistem klaim dan birokrasi kadang menyulitkan pasien untuk mendapatkan haknya.

4. Kualitas Layanan yang Belum Merata

Tidak semua fasilitas kesehatan memiliki standar pelayanan yang sama. Ada rumah sakit atau puskesmas yang belum memiliki alat medis yang memadai, ruang perawatan yang layak, atau sistem pelayanan yang cepat dan ramah. Hal ini menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan pemerintah.

5. Kurangnya Edukasi dan Kesadaran Masyarakat

Permasalahan lain adalah rendahnya literasi kesehatan masyarakat. Masih banyak orang yang lebih memilih pengobatan alternatif tanpa bukti medis atau datang ke fasilitas kesehatan ketika penyakit sudah parah. Edukasi tentang pola hidup sehat, pencegahan penyakit, dan pentingnya pemeriksaan rutin masih harus ditingkatkan.

Penyelenggaraan kesehatan bukan hanya tentang membangun rumah sakit atau menyediakan obat, tapi juga tentang menciptakan sistem yang adil, efisien, dan berkelanjutan. Permasalahan-permasalahan di atas menjadi tantangan besar yang harus segera diatasi dengan kolaborasi antara pemerintah, pemerintah daerah, tenaga medis, swasta, dan masyarakat. Untuk penyelenggaraan kesehatan di daerah diperlukan peran pemerintah daerah dimana kewenangan penyelenggaraan kesehatan merupakan bagian dari urusan bidang kesehatan. Dalam Undang-undang 17 tahun 2023 tentang kesehatan ini banyak sekali diatur secara tegas tanggung jawab pemerintah daerah dalam penyelenggaraan kesehatan di daerah.

Hal ini juga sejalan dengan kewenangan dalam 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 2020 tentang tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang menyatakan bahwa urusan bidang kesehatan merupakan urusan pemerintah wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Selanjutnya urusan bidang kesehatan ini dijabarkan dalam Lampiran huruf B yang mana terdapat 4 sub urusan yakni Upaya kesehatan, Sumber

daya manusia kesehatan, Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, dan makanan minuman, dan sub urusan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Untuk melaksanakan kewenangan tersebut diperlukan regulasi dalam bentuk peraturan daerah yang mengatur mengenai penyelenggaraan kesehatan.

Sebagaimana telah kita ketahui, bahwa tujuan yang ingin dicapai dengan ditetapkannya Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan kesehatan adalah adalah :

1. Menjamin Akses Layanan Kesehatan yang Merata, Peraturan daerah ini bertujuan untuk memastikan seluruh lapisan masyarakat, termasuk yang berada di daerah terpencil, memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang layak dan berkualitas.
2. Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat, dengan pengaturan sistematis dalam Peraturan daerah, diharapkan masyarakat memiliki pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan untuk hidup sehat serta mendapatkan pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara optimal.
3. Mewujudkan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah, Peraturan daerah menjadi landasan hukum bagi pemerintah daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya di bidang kesehatan sebagai bagian dari pelayanan publik.
4. Mengatur Tata Kelola Sistem Kesehatan yang Terpadu dan Efisien, Peraturan daerah memungkinkan penyelenggaraan sistem kesehatan yang terkoordinasi antara fasilitas kesehatan, tenaga medis, pembiayaan, dan pengawasan secara efektif dan efisien.
5. Memberikan Kepastian Hukum, dengan adanya Peraturan daerah, terdapat payung hukum yang jelas bagi semua pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan, baik pemerintah daerah, tenaga medis, swasta, maupun masyarakat.
6. Mendorong Partisipasi Masyarakat dan Sektor Swasta, Peraturan daerah juga bertujuan untuk mengajak masyarakat dan sektor swasta berperan aktif dalam upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan lingkungan serta individu.

7. Mendukung Program Nasional di Bidang Kesehatan, Peraturan daerah menjadi instrumen penting dalam menyesuaikan dan mengimplementasikan program-program nasional (seperti JKN/BPJS, imunisasi nasional, dll.) agar lebih relevan dan efektif di tingkat daerah.

Penerapan sistem baru dalam penyelenggaraan kesehatan melalui Peraturan Daerah membawa dampak signifikan bagi masyarakat dan keuangan daerah. Dampak positifnya meliputi peningkatan kualitas layanan, akses kesehatan yang lebih luas, serta kesadaran masyarakat akan hidup sehat. Penyelenggaraan kesehatan tentunya tidak akan terlaksana dengan baik tanpa adanya dukungan dari masyarakat. Adanya peraturan daerah ini nantinya akan mendorong peningkatan derajat kesejahteraan masyarakat yang akan berdampak juga terhadap peningkatan kualitas kehidupan masyarakat dari berbagai aspek kehidupan. Selain itu, perlu adanya kepercayaan dan dukungan yang penuh dari masyarakat terhadap pemerintah daerah. Oleh karenanya setelah Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan kesehatan ini ditetapkan dan diterapkan, peran serta masyarakat secara proaktif sangat dibutuhkan.

Selanjutnya Mengenai dampak diberlakukannya peraturan daerah terhadap beban keuangan daerah ini juga perlu menjadi perhatian. Berbagai peraturan perundang-undangan terkait kesehatan telah menegaskan tanggung jawab dan kewajiban pemerintah daerah dalam penyelenggaraan kesehatan secara komprehensif. Munculnya beberapa hal baru yang nantinya diatur dalam Peraturan Daerah tentang kesehatan mungkin akan mempengaruhi alokasi anggaran bidang kesehatan yang selama ini telah ditetapkan dan dipergunakan. Dampak positif terhadap masyarakat dari penyelenggaraan kesehatan yang baik tentunya dibarengi juga dengan konsekuensi terhadap keuangan daerah yang harus dikelola dengan cermat karena tantangan dalam pembiayaan, adaptasi teknologi, dan kesinambungan anggaran perlu diantisipasi melalui perencanaan yang matang, kajian risiko,

dan evaluasi berkala. Dengan adanya dukungan pendanaan memadai serta dengan tetap memperhatikan kemampuan keuangan daerah, perlu menjadi perhatian bagi Pemerintah Daerah dan para pihak terkait lainnya, agar menggunakan dana yang telah dialokasikan untuk melaksanakan program-program secara tepat sasaran.

Dapat disimpulkan bahwa penerapan sistem baru dalam penyelenggaraan kesehatan melalui Peraturan Daerah membawa dampak signifikan bagi masyarakat dan keuangan daerah. Dampak positifnya meliputi peningkatan kualitas layanan, akses kesehatan yang lebih luas, serta kesadaran masyarakat akan hidup sehat. Namun, tantangan dalam pembiayaan, adaptasi teknologi, dan kesinambungan anggaran perlu diantisipasi melalui perencanaan yang matang, kajian risiko, dan evaluasi berkala.

BAB III
EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN
PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

A. Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 merupakan konstitusi bagi negara Indonesia. secara umum pengertian konstitusi adalah suatu naskah atau dokumen yang didalamnya memuat keseluruhan peraturan-peraturan yang mengatur dengan mengikat dalam penyelenggaraan ketatanegaraan dalam suatu negara. Jadi Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 adalah merupakan hukum dasar tertulis, yang menjadi dasar dan sumber dari peraturan-peraturan lain atau perundang-undangan lain yang berlaku di wilayah negara kesatuan Republik Indonesia.

Pada Pasal 18 ayat (1) Undang –Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dinyatakan bahwa Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah- daerah provinsi dan daerah provinsi itu dibagi atas kabupaten dan kota, yang tiap -tiap provinsi, kabupaten, dan kota itu mempunyai pemerintahan daerah, yang diatur dengan undang-undang. Kemudian pada pasal ayat (2) nya dinyatakan bahwa Pemerintahan daerah provinsi, daerah kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan. Berdasarkan hal tersebut maka dipahami bahwa pemerintah daerah diberikan hak, wewenang, dan kewajiban oleh Negara melalui Undang –Undang Dasar untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 ayat (2) diatas, maka dalam Pasal 18 ayat (6) dinyatakan bahwa pemerintah daerah baik pemerintah provinsi maupun pemerintah daerah

kabupaten/kota dapat membentuk peraturan daerah. Materi muatan Peraturan Daerah adalah seluruh materi muatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan, dan menampung kondisi khusus daerah serta penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi.

Khusus berkaitan dengan penyelenggaraan kesehatan, pemenuhan hak atas kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia dimuat dalam Pasal 28H ayat (1) yang berbunyi: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Selain dalam Pasal 28H, Kewajiban negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan juga dimuat dalam Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia yang menyatakan “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Hal ini menunjukkan bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan di Indonesia telah diatur dan diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 sebagai konstitusi tertinggi di negara ini.

Berdasarkan hal di atas maka pemerintah daerah berkewajiban untuk melaksanakan penyelenggaraan kesehatan bagi masyarakat dan dapat menetapkan peraturan daerah tentang penyelenggaraan kesehatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan penjabaran lebih lanjut peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi. Peraturan daerah tersebut dibentuk dengan memperhatikan kondisi khusus daerah.

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

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang memuat urusan yang menjadi kewenangan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan otonomi daerah. Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintah daerah tersebut adalah urusan pemerintahan konkuren yang terbagi atas urusan pemerintahan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar, urusan pemerintahan yang tidak berkaitan dengan pelayanan dasar, dan urusan pemerintahan pilihan.

Terkait dengan penyelenggaraan kesehatan, jika melihat pembagian urusan pemerintahan, maka urusan pemerintahan bidang kesehatan termasuk ke dalam urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Berkaitan dengan pelayanan dasar artinya maka bidang kesehatan harus menjadi program prioritas bagi pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat.

Secara khusus, kewenangan pemerintah daerah dibidang kesehatan tersebut ditegaskan dalam matriks pembagian urusan pemerintahan pada lampiran undang-undang Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang.

Pada lampiran huruf B tentang pembagian urusan pemerintahan bidang kesehatan, dimuat bahwa urusan bidang kesehatan ini terbagi atas 4 sub urusan yakni :

1. Upaya kesehatan

- a. Pengelolaan UKP Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota;

- b. Pengelolaan UKM Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota.
 - c. Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah kabupaten/kota
2. Sumber daya manusia kesehatan
- a. Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan.
 - b. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten/kota.
3. Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, dan makanan minuman
- a. Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal.
 - b. Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT).
 - c. Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga.
 - d. Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga.
 - e. Pengawasan post-market produk makanan- minuman industri rumah tangga.
4. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kabupaten/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat kabupaten/kota.

Berdasarkan hal tersebut maka tergambar secara jelas kewenangan dari pemerintah daerah kabupaten/kota di bidang kesehatan, yang nantinya akan dimaut pengaturannya dalam suatu peraturan daerah tentang penyelenggaraan kesehatan.

C. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan disahkan pada 9 Agustus 2023 sebagai pengganti dari Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Undang-undang ini dibentuk dengan tujuan memperkuat sistem kesehatan nasional sehingga terjadi transformasi menyeluruh terhadap penyelenggaraan kesehatan di Indonesia.

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ini dibentuk dan disusun dengan menggunakan metode omnibus. Hal ini dilakukan dalam rangka sinkronisasi dari berbagai undang-undang bidang kesehatan, serta untuk memastikan keberadaan seluruh undang-undang di bidang Kesehatan tidak tumpang tindih dan tidak saling bertentangan.

Dengan disahkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, maka terjadi pencabutan terhadap beberapa undang-undang bidang kesehatan yang ada di Indonesia. Undang-undang tersebut antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 419 Tahun 1949 tentang Ordonansi Obat Keras;
2. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
6. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran;
7. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
8. Undang-Nomor Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
9. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
10. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan; dan
11. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan.

Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ini dinyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif.

Adapun tujuan dari Penyelenggaraan Kesehatan yakni:

1. meningkatkan perilaku hidup sehat;
2. meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan;
3. meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia yang efektif dan efisien;
4. memenuhi kebutuhan masyarakat akan Pelayanan Kesehatan;
5. meningkatkan ketahanan Kesehatan dalam menghadapi KLB atau Wabah;
6. menjamin ketersediaan pendanaan Kesehatan yang berkesinambungan dan berkeadilan serta dikelola secara transparan, efektif, dan efisien;
7. mewujudkan pengembangan dan pemanfaatan Teknologi Kesehatan yang berkelanjutan; dan
8. memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi Pasien, Sumber Daya Manusia Kesehatan, dan masyarakat

Untuk mencapai tujuan dari penyelenggaraan kesehatan tersebut, maka perlu dilakukan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui upaya kesehatan, yang didukung oleh sumber daya kesehatan dan pengelolaan kesehatan. Upaya Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif. Sedangkan Sumber Daya Kesehatan adalah segala sesuatu yang diperlukan untuk menyelenggarakan dan mendukung Upaya Kesehatan. Pengelolaan kesehatan adalah kegiatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa terhadap upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan yang dilakukan

secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Sebagaimana dinyatakan sebelumnya bahwa untuk mencapai tujuan dari pembangunan kesehatan, diperlukan sinergitas pelaksanaan penyelenggaraan kesehatan antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pemerintah daerah diberikan tanggung jawab dalam penyelenggaraan kesehatan di daerah. Adapun tanggung jawab tersebut meliputi:

1. merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat
2. meningkatkan dan mengembangkan Upaya Kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan
3. menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau Wabah, penanggulangan KLB atau Wabah, dan pasca-KLB atau Wabah.
4. ketersediaan Sumber Daya Kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat
5. ketersediaan dan akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan
6. pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta peningkatan mutu dan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
7. merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat
8. meningkatkan dan mengembangkan Upaya Kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan

9. menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau Wabah, penanggulangan KLB atau Wabah, dan pasca-KLB atau Wabah.
10. ketersediaan Sumber Daya Kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat
11. ketersediaan dan akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan; dan
12. pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta peningkatan mutu dan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;

Berdasarkan hal diatas maka dapat disimpulkan bahwa tanggung jawab pemerintah daerah dalam penyelenggaraan kesehatan pada dasarnya meliputi 3 (tiga) hal utama, yakni:

1. upaya kesehatan, yang terdiri atas upaya kesehatan terdiri atas upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat;
2. sumber daya kesehatan, yang terdiri terdiri atas:
 1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 2. Sumber Daya Manusia Kesehatan;
 3. Perbekalan Kesehatan;
 4. Sistem Informasi Kesehatan;
 5. Teknologi Kesehatan;
 6. pendanaan Kesehatan; dan
 7. sumber daya lain yang diperlukan; dan
3. pengelolaan kesehatan, yang merupakan sinkronisasi pelaksanaan penyelenggaraan kesehatan yang dilaksanakan oleh secara berjenjang di pusat dan daerah dalam suatu sistem kesehatan nasional.

Selanjutnya, Tanggung jawab pemerintah daerah, dalam Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dijabarkan dalam bentuk kewenangan dari pemerintah daerah dalam penyelenggaraan kesehatan. Adapun kewenangan tersebut yakni:

1. Upaya Kesehatan, meliputi

- a. penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan di seluruh wilayah (Pasal 28);
- b. pemenuhan sumber daya manusia untuk pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut (Pasal 29);
- c. penyelenggaraan dan pembinaan Pelayanan Kesehatan primer (Pasal 30)
- d. menyediakan dan menyelenggarakan laboratorium Kesehatan masyarakat (Pasal 33)
- e. penyelenggaraan pos pelayanan terpadu (pasal 35)
- f. penyelenggaraan Upaya Kesehatan bayi dan anak yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau (Pasal 41)
- g. menetapkan kebijakan dan melakukan pengawas dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu eksklusif (pasal 43)
- h. memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak (Pasal 44)
- i. menjamin setiap anak yang dilahirkan mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar agar dapat hidup, tumbuh, dan berkembang secara optimal. (pasal 45)
- j. menjamin terselenggaranya perlindungan bayi dan anak (Pasal 46)
- k. menyediakan tempat dan sarana lain yang diperlukan untuk bermain anak yang memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara optimal serta mampu bersosialisasi secara sehat (Pasal 48)

- l. penyelenggaraan Upaya Kesehatan remaja yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau (Pasal 50)
- m. penyelenggaraan Upaya Kesehatan dewasa yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau (Pasal 51)
- n. penyelenggaraan Upaya Kesehatan lanjut usia yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau (Pasal 52)
- o. menjamin penyandang disabilitas mempunyai hak yang sama sebagai warga negara (Pasal 53)
- p. penyelenggaraan Upaya Kesehatan reproduksi yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau. (Pasal 56)
- q. melindungi dan mencegah perempuan dari tindakan aborsi yang tidak aman serta bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 61)
- r. penyelenggaraan keluarga berencana yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau. (Pasal 63)
- s. ketersediaan bahan makanan secara merata dan terjangkau sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 64)
- t. menjaga bahan makanan agar memenuhi standar mutu gizi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 64)
- u. pemenuhan gizi keluarga miskin dan dalam situasi darurat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 65)
- v. meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi dan pengaruhnya terhadap peningkatan status gizi (Pasal 66)
- w. penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan gigi dan mulut (Pasal 70)
- x. penyelenggaraan Upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau (Pasal 71)

- y. penyelenggaraan kesehatan jiwa (Pasal 77)
 - z. penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular (Pasal 86)
 - aa. penyelenggaraan Upaya Kesehatan keluarga (Pasal 96)
 - bb. Upaya Kesehatan kerja yang terintegrasi dengan sistem keselamatan dan Kesehatan kerja. (Pasal 98)
 - cc. Upaya Kesehatan olahraga yang didukung dengan penyediaan sumber daya yang dibutuhkan (pasal 103)
 - dd. Penyelenggaraan kesehatan lingkungan (Pasal 105)
 - ee. ketersediaan sumber daya, fasilitas, dan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan pada bencana secara menyeluruh dan berkesinambungan (Pasal 109)
 - ff. pelayanan darah (Pasal 115)
 - gg. perlindungan hukum bagi Setiap Orang dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana (Pasal 112)
 - hh. upaya transplantasi organ dan/ atau jaringan tubuh (Pasal 132)
 - ii. membina, mengatur, mengendalikan, dan mengawasi produksi, pengadaan, penyimpanan, promosi, dan peredaran Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT sesuai dengan kewenangannya. (pasal 138)
 - jj. mengatur dan mengawasi produksi, pengolahan, dan pendistribusian makanan dan minuman (Pasal 148)
 - kk. mengimplementasikan kawasan tanpa rokok di wilayahnya (Pasal 151)
 - ll. penyelenggaraan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum (pasal 155)
 - mm. pembinaan dan pengawasan pelayanan kesehatan tradisional (Pasal 160)
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi perizinan berusaha fasilitas pelayanan kesehatan (Pasal 165)

3. Sumber Daya Manusia Kesehatan, meliputi:
 - a. pemenuhan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan terkait jumlah, jenis, kompetensi, dan distribusi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan Kesehatan (Pasal 202)
 - b. pemberian bantuan pendanaan penyelenggaraan pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang meliputi sumber daya manusia, sarana dan prasarana, bantuan pendanaan pendidikan, penelitian, dan dukungan lainnya (Pasal 224)
 - c. pemberian SIP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan (Pasal 263)
 - d. Pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan (Pasal 287)
 - e. Pembinaan dan pengawasan kendali mutu dan kendali biaya (Pasal 303)
4. Perbekalan Kesehatan, meliputi Pengelolaan perbekalan kesehatan melalui pembentukan fasilitas pengelolaan kefarmasian (Pasal 314)
5. Ketahanan kefarmasian dan alat kesehatan, meliputi:
 - a. pelaksanaan penelitian, pengembangan, pemanfaatan, dan pemeliharaan bahan Obat Bahan Alam (Pasal 324)
 - b. mengadakan Obat dan Alat Kesehatan harus mengutamakan Obat dan Alat Kesehatan yang menggunakan bahan baku produksi dalam negeri (pasal 328)
 - c. membangun ekosistem penelitian (Pasal 329)
 - d. mitigasi risiko terhadap Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan lainnya yang diperlukan dalam kondisi darurat, bencana, KLB, atau Wabah. (Pasal 332)
6. Teknologi Kesehatan, meliputi: mendorong dan memfasilitasi keberlanjutan inovasi Teknologi Kesehatan serta memastikan keamanan, kemanfaatan, khasiat, dan mutu produk inovasi Teknologi Kesehatan dalam rangka melindungi masyarakat (Pasal 337)

7. Kejadian Luar Biasa dan Wabah, meliputi:
 - a. melaksanakan kegiatan kewaspadaan KLB, penanggulangan KLB, dan pasca-KLB (Pasal 352)
 - b. melaksanakan kegiatan Kewaspadaan Wabah, penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah (Pasal 356)
8. Pendanaan Kesehatan
9. Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Kesehatan.

D. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.

Dengan diundangkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang mengatur penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan secara komprehensif, maka pemerintah menetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai Peraturan Pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Sama halnya dengan Undang-Undang nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah ini disusun dengan metode omnibus sehingga dengan berlakunya Peraturan Pemerintah ini, maka Peraturan Pemerintah lama yang merupakan peraturan pelaksanaan dari undang-undang yang lama, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi. Adapun peraturan pemerintah yang dicabut tersebut antara lain:

1. Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter
2. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 1961 tentang Penyakit Karantina
3. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 1962 tentang Lafal Sumpah Janji Apoteker
4. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 1963 tentang Lafal Sumpah/Janji Dokter Gigi

5. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran
6. Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti Dan Praktek Dokter Dan Dokter Gigi
7. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular
8. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
9. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan
10. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian
11. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah
12. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif
13. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan
14. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit
15. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan
16. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi
17. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan
18. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional
19. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan
20. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan
21. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2017 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran
22. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan

23. Peraturan Pemerintah Nomor 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja
24. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)
25. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;
26. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2021 tentang Transplantasi Organ dan Jaringan Tubuh
27. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2008 tentang Tata Cara Pengangkatan dan Pemberhentian Keanggotaan Konsil Kedokteran Indonesia;
28. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
29. Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia;
30. Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis; dan
31. Peraturan Presiden Nomor 86 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.

Dengan banyaknya peraturan pemerintah yang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku diatas, maka pengaturan yang berkaitan dengan penyelenggaraan kesehatan diatur kembali secara rinci dalam Peraturan Pemerintah ini. Adapun pengaturan lebih lanjut terhadap pengaturan yang peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yakni:

1. Penyelenggaraan upaya kesehatan;
2. Pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan;
3. Fasilitasi pelayanan kesehatan;
4. Kefarmasian, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan;
5. Sistem informasi kesehatan;

6. Penyelenggaraan teknologi kesehatan;
7. Penanggulangan KLB, dan Wabah;
8. Pendanaan;
9. Partisipasi masyarakat; dan
10. Pembinaan dan pengawasan.

Berdasarkan hal diatas maka dalam penyusunan rancangan peraturan daerah tentang penyelenggaraan kesehatan, harus mempedomani kewenangan pemerintah daerah sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai Peraturan Pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, pemerintah daerah kabupaten/kota mempunyai kewenangan merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggara Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Secara umum, upaya kesehatan dibagi atas upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang bersifat bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang diatur dalam Pasal 2 sampai dengan Pasal 564.

Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi:

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan meliputi:

- a. Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan
- b. lanjut usia;
- c. Kesehatan penyandang disabilitas;
- d. Kesehatan reproduksi;
- e. keluarga berencana;
- f. gizi;
- g. Kesehatan gigi dan mulut;
- h. Kesehatan penglihatan dan pendengaran;

- i. Kesehatan jiwa;
- j. penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular;
- k. Kesehatan keluarga;
- l. Kesehatan sekolah;
 - i. Kesehatan kerja;
- m. Kesehatan olahraga;
- n. Kesehatan lingkungan;
- o. Kesehatan matra;
- p. Kesehatan bencana;
- q. pelayanan darah;
- r. transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, terapi berbasis sel dan/atau sel punca, serta bedah plastik rekonstruksi dan estetika;
- s. pengamanan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT;
- t. pengamanan makanan dan minuman;
- u. pengamanan zat adiktif;
- v. pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum;
- w. Pelayanan Kesehatan tradisional; dan
- x. Upaya Kesehatan lainnya.

Dalam pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan, pemerintah daerah mempunyai kewenangan dalam menyusun perencanaan tenaga medis, dan tenaga kesehatan dengan memperhatikan:

- a. jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
- b. penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
- c. ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;

- d. keuangan negara atau daerah;
- e. kondisi demografis, geografis, dan sosial budaya; dan
- f. tipologi/jenis penyakit di daerah atau kebutuhan masyarakat.

Kewenangan pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan oleh pemerintah daerah dalam Peraturan Pemerintah ini diatur dalam Pasal 564 sampai dengan Pasal 760. Namun beberapa hal teknis berkaitan dengan perencanaan, pemenuhan, pendayagunaan, kesejahteraan, dan pencatatan Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehat tersebut diatur dalam peraturan menteri kesehatan.

Berkaitan dengan kewenangan pemerintah daerah dalam fasilitas pelayanan kesehatan, diatur dalam Pasal 761 sampai dengan Pasal 904. Dalam Peraturan Pemerintah diatur fasilitasi pelayanan kesehatan dibagi dalam:

- a. jenis, meliputi Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama, Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut, dan fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang.
- b. penentuan jumlah dan jenis, melalui penyusunan perencanaan kebutuhan dengan mengacu kepada rencana induk bidang kesehatan yang mempertimbangkan unsur kebutuhan pelayanan, jumlah dan persebaran penduduk, dan/atau pola penyakit;
- c. perizinan, oleh pemerintah daerah sesuai dengan kewenangannya, kepada fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga medis atau tenaga kesehatan.
- d. penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan, berupa kewajiban bagi fasilitas pelayanan kesehatan untuk memiliki tata kelola manajemen dan tata kelola pelayanan kesehatan serta STR dan SIP bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan.
- e. rekam medis, yakni dokumen yang berisikan data identitas Pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada Pasien, termasuk persetujuan tindakan Pelayanan Kesehatan. Fasilitas Kesehatan, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan wajib membuat rekam medis, yang keamanan, keutuhan,

kerahasiaan, dan ketersediaan data harus dijaga. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyediakan infrastruktur dan konektivitas jaringan internet untuk sistem rekam medis elektronik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

- f. rahasia kesehatan pribadi pasien, yakni bagian dari rekam medis yang terdiri atas (a) identitas Pasien; dan (b) data dan Informasi Kesehatan Pasien yang meliputi: (1) hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan; (2) penunjang, penegakan diagnosis, pengobatan (3) dan/atau tindakan Pelayanan Kesehatan; dan (4) hal lain yang berkenaan dengan Pasien. Semua pihak pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus menerapkan sistem manajemen keamanan informasi atas Data Kesehatan pribadi Pasien.
- g. puskesmas, berupa pendirian puskesmas pada setiap kecamatan di kabupaten/kota dengan Sistem Informasi Kesehatan yang terintegrasi dengan dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
- h. rumah sakit, berupa kewenangan pendirian rumah sakit oleh pemerintah daerah berdasarkan klasifikasinya dan dengan persyaratan yang diatur dalam peraturan pemerintah ini.

Kemudian Kewenangan pemerintah pada Kefarmasian, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan diatur dalam Pasal 905 sampai dengan Pasal 944 yakni:

- a. Ketersediaan, Pemerataan, dan Keterjangkauan Perbekalan Kesehatan;
- b. Penggolongan Obat, Obat dengan Resep, dan Obat Tanpa Resep;
- c. Penggolongan Obat bahan alam;
- d. Penggolongan Obat, Obat dengan Resep, dan Obat Tanpa Resep; dan
- e. Standar, Sistem, dan Tata Kelola Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan Lainnya pada Kondisi Darurat, Bencana, KLB, atau Wabah.

Berkaitan dengan Sistem informasi kesehatan diatur dalam Pasal 945 sampai dengan Pasal 991. Sistem informasi kesehatan ditujukan untuk (a) menjamin ketersediaan, kualitas, akses, dan keamanan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan; (b) melaksanakan Upaya Kesehatan yang efektif, efisien, dan berkelanjutan; (c) memberdayakan ekosistem Kesehatan; dan (d) memperkuat koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi dalam mendukung pembangunan Kesehatan. Sistem informasi kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah.

Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan oleh Pemerintah Daerah dilaksanakan melalui pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan yang diselenggarakan oleh perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan perangkat daerah lain yang menyelenggarakan kegiatan yang berkaitan dengan bidang Kesehatan. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib mengintegrasikan Sistem Informasi Kesehatan dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

Dalam rangka mendukung penyelenggaraan pembangunan Kesehatan, setiap penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib melakukan pengelolaan Data Kesehatan, Informasi Kesehatan, dan indikator Kesehatan. Data Kesehatan harus terbuka untuk diakses oleh penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan yang mengelola Sistem Informasi Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing.

Sistem Informasi Kesehatan memuat Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan yang bersumber dari (a) Fasilitas Pelayanan Kesehatan; (b) instansi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah; (c) badan/lembaga yang menyelenggarakan program jaminan sosial nasional; (d) badan/lembaga lain yang menyelenggarakan kegiatan di bidang Kesehatan; (e) kegiatan masyarakat selain Fasilitas Pelayanan Kesehatan; (f) pelaporan mandiri perseorangan; dan (g) sumber lainnya.

Setiap penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan merupakan pengendali data pribadi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang perlindungan data pribadi. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib melaksanakan pemrosesan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan yang meliputi (a) perencanaan; (b) pengumpulan; (c) penyimpanan; (d) pemeriksaan; (e) transfer; (f) pemanfaatan; dan (g) pemusnahan.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan harus menyediakan sumber daya Sistem Informasi Kesehatan meliputi: (a) infrastruktur; (b) layanan; dan (c) sumber daya manusia. Penyediaan infrastruktur Sistem Informasi Kesehatan dapat dilaksanakan melalui kerja sama dengan pihak ketiga sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib memastikan keandalan Sistem Informasi Kesehatan meliputi: (a) ketersediaan; (b) keamanan; (c) pemeliharaan; dan (d) integrasi. Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk: (a) mempercepat pelaksanaan integrasi Sistem Informasi Kesehatan ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional; (b) meningkatkan mutu dan kualitas penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan; (c) mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan yang efisien dan efektif; dan (d) mempercepat proses pengelolaan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan.

Kemudian berkaitan dengan Penyelenggaraan teknologi kesehatan, diatur dalam Pasal 992 sampai dengan Pasal 1037 Peraturan pemerintah daerah ini. Kewenangan Penyelenggaraan teknologi kesehatan oleh pemerintah daerah. Teknologi Kesehatan dilakukan dengan cara (a) penelitian, pengembangan, dan pengkajian; (b) pelaksanaan

inovasi Teknologi Kesehatan; (c) penilaian Teknologi Kesehatan; dan (d) pemanfaatan Teknologi Kesehatan.

Berkaitan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa dan Wabah diatur dalam Pasal 1038 sampai dengan 1121. Adapun kewenangan Pemerintah Daerah dalam Penanggulangan Kejadian Luar Biasa dan Wabah yakni melaksanakan kegiatan kewaspadaan KLB dan Wabah, penanggulangan KLB dan Wabah, dan pasca-KLB dan pasca-Wabah.

Dalam rangka mengantisipasi kemungkinan terjadinya KLB di wilayah, Pemerintah Daerah melakukan kegiatan kewaspadaan KLB terhadap penyakit dan/atau masalah Kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB sesuai dengan urusan dan kewenangannya. Kegiatan kewaspadaan KLB meliputi (a) pelaksanaan surveilans; (b) pengendalian faktor risiko; (c) imunisasi terhadap orang dan binatang pembawa penyakit; (d) penguatan Sumber Daya Kesehatan; dan/atau (e) pengembangan rencana tanggap darurat untuk kesiapan menghadapi KLB dan sebagai upaya meminimalisasi terjadinya KLB berulang.

Dalam Penanggulangan Kejadian Luar Biasa, Bupati/wali kota menetapkan KLB jika pada suatu daerah tertentu terdapat penyakit atau masalah Kesehatan yang memenuhi kriteria KLB dan segera melaksanakan kegiatan penanggulangan KLB. Penanggulangan KLB yang merupakan respon terhadap masalah Kesehatan berupa kejadian paparan radiasi, lepasan, dan/atau kontaminasi zat radioaktif dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kegiatan Pasca-Kejadian Luar Biasa dilakukan setelah bupati/wali kota mencabut penetapan status KLB. 21 Pencabutan penetapan status KLB dilakukan jika daerah tidak lagi memenuhi kriteria KLB yang digunakan pada saat penetapan KLB. Kegiatan pasca-

KIB dilakukan untuk pemulihan Kesehatan masyarakat di wilayah terjangkit KLB dan mencegah KLB berulang.

Dalam rangka Kewaspadaan Wabah, Pemerintah Daerah menyusun dan menetapkan rencana kontingensi penanggulangan Wabah di wilayah sesuai dengan kewenangannya dengan mengacu pedoman yang telah ditetapkan oleh Menteri. Dalam hal terjadi wabah, Pemerintah Daerah bertanggung jawab melaksanakan kegiatan penanggulangan wabah dan pemulihan pasca wabah secara terintegrasi, komprehensif, dan tepat sasaran dan berkesinambungan. Penanggulangan Wabah dilakukan melalui kegiatan: (a) investigasi penyakit; (b) penguatan surveilans; (c) penanganan penderita; (d) pengendalian faktor risiko; (e) penanganan terhadap populasi berisiko; (f) komunikasi risiko; dan/atau (g) tindakan penanggulangan lainnya. Sedangkan untuk pemulihan pasca-Wabah dilakukan kegiatan normalisasi: (a) Pelayanan Kesehatan; dan (b) kehidupan sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat.

Kemudian berkaitan dengan pendanaan kesehatan, kewenangan pemerintah daerah diatur dalam Pasal 1222 sampai dengan Pasal 1141 Peraturan Pemerintah ini. Pendanaan Kesehatan bertujuan untuk mendanai pembangunan Kesehatan secara berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyediakan dana yang dimanfaatkan untuk seluruh kegiatan: (a) Upaya Kesehatan; (b) penanggulangan bencana, KLB, dan/atau Wabah; (c) penguatan Sumber Daya Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat; (d) penguatan pengelolaan Kesehatan; (e) penelitian, pengembangan, dan inovasi bidang Kesehatan; dan (f) program Kesehatan strategis lainnya sesuai dengan prioritas pembangunan nasional di sektor Kesehatan.

Partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan kesehatan diatur Pasal 1142 sampai dengan Pasal 1146 Peraturan Pemerintah ini. Masyarakat berpartisipasi, baik secara perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan Kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Partisipasi masyarakat mencakup keikutsertaan masyarakat secara aktif dan kreatif dalam (a) penyelenggaraan Upaya Kesehatan; (b) fasilitasi Sumber Daya Kesehatan; dan (c) pengelolaan Kesehatan. Partisipasi masyarakat diutamakan pada terselenggaranya transformasi Kesehatan yang meliputi transformasi: (a) Pelayanan Kesehatan primer; (b) Pelayanan Kesehatan lanjutan; (c) ketahanan Kesehatan; (d) pendanaan Kesehatan; (e) Sumber Daya Manusia Kesehatan; dan (f) Teknologi.

Partisipasi masyarakat diselenggarakan dalam mekanisme keikutsertaan pada setiap tahapan pembangunan Kesehatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, dan pengawasan. Partisipasi masyarakat dapat dilakukan oleh akademisi, swasta atau badan usaha, organisasi masyarakat, individu atau komunitas, dan media.

Pemerintah Daerah bertanggung jawab mengoordinasikan dan memfasilitasi terlaksananya partisipasi masyarakat dalam pembangunan Kesehatan. Pemerintah Daerah kabupaten/kota bertanggung jawab: (a) membuat kebijakan partisipasi masyarakat berdasarkan kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah provinsi dan norma, standar, prosedur, dan kriteria partisipasi masyarakat di bidang Kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat; dan (b) menyosialisasikan dan melaksanakan kebijakan dan norma, standar, prosedur, dan kriteria partisipasi masyarakat di bidang Kesehatan. Pemerintah Desa bertanggung jawab menyosialisasikan dan melaksanakan kebijakan partisipasi masyarakat sesuai kebijakan dan norma, standar, prosedur, dan kriteria partisipasi masyarakat di bidang Kesehatan.

Dalam penyelenggaraan kesehatan, Pemerintah Daerah bertanggung jawab melakukan pembinaan dan pengawasan. Pembinaan dan pengawasan diatur dalam Pasal 1147 sampai dengan Pasal 1153 peraturan pemerintah ini yang menyatakan bahwa Pemerintah Daerah bertanggung jawab melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Kesehatan yang terdiri atas: (a) Upaya Kesehatan; (b) Sumber Daya Kesehatan; dan (c) pengelolaan Kesehatan. Pembinaan dan pengawasan harus dilakukan secara terkoordinasi dan berkesinambungan yang dapat dilakukan secara berkala atau sewaktu-waktu dibutuhkan.

E. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional

Sistem kesehatan nasional merupakan pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Sistem kesehatan nasional merupakan perwujudan pelaksanaan dari pengelolaan kesehatan yang 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 kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN dikelompokkan dalam subsistem:

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.

SKN menjadi acuan dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan sampai dengan kegiatan monitoring dan evaluasi.

F. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan Yang Telah Diubah Beberapa Kali Terakhir Dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah.

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan yang telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan merupakan landasan hukum utama penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. Peraturan Presiden ini mengatur berbagai aspek mulai dari kepesertaan, manfaat, iuran, hingga pendanaan.

Dalam Peraturan Presiden ini, kewenangan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan berupa dukungan terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan berupa:

1. Melakukan pendaftaran penduduk yang belum terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan sosial.
2. Melaksanakan pembayaran iuran jaminan kesehatan bagi penerima bantuan iuran jaminan kesehatan yang didaftarkan oleh pemerintah daerah
3. Melaksanakan tanggung jawab atas ketersediaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan sesuai dengan kewenangannya.
4. memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
5. Fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat wajib ekerja sama dengan BPJS Kesehatan

Selain kewenangan sebagaimana dinyatakan diatas, Peraturan Presiden ini juga menyatakan bahwa pemerintah daerah memberikan dukungan atas terlaksananya Jaminan Kesehatan Nasional. Adapun dukungan tersebut berupa:

1. peningkatan pencapaian kepesertaan di wilayahnya; berupa penerbitan regulasi yang mempersyaratkan kepesertaan program Jaminan Kesehatan dalam memperoleh pelayanan publik.
2. kepatuhan pembayaran iuran, berupa dilaksanakan melalui pelaksanaan pembayaran Iuran secara tepat jumlah dan tepat waktu.
3. ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, berupa penyediaan Fasilitas Kesehatan, pemenuhan standar pelayanan minimal dan pelaksanaan program kesehatan yang memiliki daya ungkit dalam peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan; dan

4. dukungan lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dalam rangka menjamin kesinambungan program Jaminan Kesehatan, seperti kontribusi dari pajak rokok bagian hak masing-masing Daerah provinsi / kabupaten/kota.

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

Dalam mewujudkan suatu peraturan perundang-undangan yang baik diperlukan suatu perencanaan dalam pembentukannya. Menurut Ann Seidmeen, Perancangan peraturan perundang-undangan yang baik, dalam penyusunan Naskah Akademik harus memperhatikan beberapa persyaratan, antara lain⁵⁷ : penggunaan bahasa yang dipahami, adanya ringkasan umum, merupakan petunjuk bagi pembaca, menulis kalimat-kalimat yang jelas, menyebutkan sumber informasi dan mencantumkan kesimpulan. Oleh karena itu dalam penyusunan peraturan perundang-undangan harus adanya naskah. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, naskah akademik adalah naskah hasil penelitian atau pengkajian hukum dan hasil penelitian lainnya terhadap suatu masalah tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah mengenai pengaturan masalah tersebut dalam suatu Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, atau Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota sebagai solusi terhadap permasalahan dan kebutuhan hukum masyarakat.

Naskah akademik merupakan penerapan dari asas kesesuaian antara jenis dan materi muatan dalam pembentukan peraturan perundang-undangan, sebab dalam penyusunan naskah akademik harus benar-benar memperhatikan secara tepat materi muatan yang akan diatur dengan peraturan perundang-undangan yang akan dibentuk. Selanjutnya naskah akademik harus pula menggambarkan asas yang dapat dilaksanakan. Dalam naskah akademik juga menjelaskan tinjauan terhadap sebuah peraturan perundang-undangan baik dari aspek filosofis (cita-cita hukum), aspek sosiologis (nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat) dan aspek

⁵⁷ Aan Seidmenn, et.al. *Penyusunan Rancangan Undang-Undang dalam Perubahan Masyarakat yang Demokratis: Sebuah Panduan untuk Pembuat Rancangan Undang-Undang*, ELIPS, Jakarta, 2001.

yuridis. Dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan menegaskan bahwa suatu peraturan daerah yang dibuat harus memuat beberapa landasan/dasar agar dapat berlaku dengan baik dan efektif di masyarakat.

Analisis terhadap naskah akademik pada bagan landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis menjadi bagian yang cukup berat. Landasan filosofis merupakan pertimbangan atau alasan yang 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 Tahun 1945. Untuk itu seorang analis yang sedang menganalisa naskah akademik harus memahami mengenai pertimbangan pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia dalam suatu Rancangan Peraturan Perundang-Undangan yang naskah akademiknya sedang dianalisis. Begitu pula dengan landasan sosiologis yang merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek. Landasan sosiologis sesungguhnya menyangkut fakta empiris mengenai perkembangan masalah dan kebutuhan masyarakat dan negara. Dengan demikian, gambaran fakta empiris mengenai perkembangan masalah dan kebutuhan masyarakat dan negara atau suatu isu hukum dalam rancangan peraturan perundang-undangan yang naskah akademiknya telah disusun tertuang secara baik. Kehadiran hukum sebagai wahana untuk merekayasa sosial keadaan masyarakatnya sekaligus sebagai wahana untuk memenuhi kebutuhan hukum masyarakatnya. Untuk itu, fakta-fakta empiris terpotret dengan baik dalam naskah akademik yang menjadi urgensi suatu rancangan peraturan perundang-undangan.

A. Landasan Filosofis

Filosofis berasal dari kata filsafat, yakni ilmu tentang kebijaksanaan. Harold Titus membagi pengertian filsafat menjadi 5 buah yaitu, filsafat adalah kumpulan dan kepercayaan terhadap kehidupan dan alam yang biasa diterima secara kritis. Pengertian filsafat yang kedua bahwa filsafat adalah suatu proses pemikiran atau kritik terhadap kepercayaan (believe) dan sikap (attitude) yang sangat kita junjung tinggi. Kemudian definisi filsafat yang ketiga adalah usaha untuk mendapatkan gambaran secara keseluruhan. Lalu filsafat adalah analisa logis dari bahasan serta penjelasan tentang konsep dan kata. Yang terakhir pengertian filsafat adalah sekumpulan masalah-masalah (problema-problema) yang secara langsung mendapat perhatian manusia dan yang dicari dijawabannya oleh ahli filsafat.

Suatu peraturan perundang-undangan harus memuat cita-cita filosofis bangsa. Filosofis bangsa yang dimuat dalam peraturan perundang-undangan harus mencerminkan keinginan-keinginan yang akan dicapai oleh suatu bangsa sesuai dengan keinginan dan kebutuhan masyarakat. 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.

Peraturan perundang-undangan dikatakan mempunyai landasan filosofis apabila rumusannya atau normanya mendapatkan pembenaran dikaji secara filosofis. Jadi mendapatkan alasan sesuai dengan cita-cita dan pandangan hidup manusia dalam pergaulan hidup bermasyarakat dan sesuai dengan cita-cita kebenaran, keadilan, jalan kehidupan, filsafat hidup bangsa, serta kesusilaan.

Asas filosofis Peraturan Perundang-undangan adalah dasar yang berkaitan dengan dasar filosofis/ideologi negara, dalam arti bahwa Peraturan Perundang-Undangan harus memperhatikan secara sungguh-sungguh nilai-nilai (cita hukum) yang terkandung dalam

Pancasila. Setiap masyarakat mengharapkan agar hukum itu dapat menciptakan keadilan, ketertiban, dan kesejahteraan. Pembentukan hukum atau peraturan perundang-undangan di Indonesia harus berlandaskan pandangan filosofis Pancasila, yakni:

- a. Nilai-nilai religiusitas bangsa Indonesia yang terangkum dalam sila Ketuhanan Yang Maha Esa;
- b. Nilai-nilai hak-hak asasi manusia dan penghormatan terhadap harkat dan martabat kemanusiaan sebagaimana terdapat dalam sila kemanusiaan yang adil dan beradab;
- c. Nilai-nilai kepentingan bangsa secara utuh, dan kesatuan hukum nasional seperti yang terdapat di dalam sila Persatuan Indonesia;
- d. Nilai-nilai demokrasi dan kedaulatan rakyat, sebagaimana terdapat di dalam Sila Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan/perwakilan; dan
- e. Nilai-nilai keadilan baik individu maupun sosial seperti yang tercantum dalam sila Keadilan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pembangunan kesehatan melandaskan pada landasan idiil Pancasila, landasan konstitusional Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 dan landasan operasional peraturan perundangan yang terkait dengan penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang

berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Dalam rangka mencapai cita-cita bangsa tersebut diselenggarakan pembangunan nasional disemua bidang kehidupan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh.

Cita-cita bangsa merupakan hal yang ingin dicapai untuk menjangkau kehidupan bernegara yang sejahtera dan berkeadilan. Kesejahteraan bangsa akan tercermin dari pertumbuhan ekonomi rakyat. Ketahanan ekonomi akan membuat rakyat mampu dalam memenuhi berbagai kebutuhannya. Namun, hal tersebut tidak akan bisa dicapai tanpa adanya sumber daya manusia yang berkualitas. Pembangunan manusia itu sendiri hanya dapat dilakukan melalui pembangunan di bidang pendidikan dan kesehatan. Pembangunan manusia yang berkualitas akan didukung dengan kondisi kesehatan yang memadai.

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut semua segi kehidupan, baik fisik maupun mental sosial ekonomi.

Disamping itu, tujuan peningkatan upaya kesehatan adalah upaya terencana untuk mencapai dan mempertahankan kondisi kesehatan optimal, baik bagi individu maupun masyarakat. Ini mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan lingkungan. Tujuan kesehatan juga berkaitan dengan peningkatan kualitas hidup dan produktivitas, serta pengurangan risiko penyakit. Untuk itu, pengaturan penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya dilakukan dalam rangka memenuhi, menjaga, dan meningkatkan kesehatan masyarakat di daerah.

B. Landasan Sosiologis

Pembentukan suatu peraturan perundang-undangan harus dilatarbelakangi oleh adanya kondisi sosial yang terjadi ditengah-tengah masyarakat, yaitu kondisi nyata yang sedang terjadi

di kehidupan masyarakat yang dirasa perlu untuk diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan. Landasan sosiologis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek. Setiap norma yang dituangkan dalam peraturan perundang-undangan haruslah mencerminkan tuntutan kebutuhan masyarakat akan norma hukum yang sesuai dengan realitas kesadaran hukum masyarakat, oleh karena itu dalam konsideran harus dirumuskan dengan baik, pertimbangan-pertimbangan yang bersifat empiris sehingga suatu gagasan normatif yang dituangkan dalam undang-undang benar-benar didasarkan atas kenyataan yang hidup dalam kesadaran masyarakat. Suatu perundang-undangan dikatakan mempunyai landasan sosiologis apabila ketentuan-ketentuannya sesuai dengan keyakinan umum, kesadaran hukum masyarakat, tata nilai, dan hukum yang hidup di masyarakat agar peraturan yang dibuat dapat dijalankan. Landasan sosiologis dirasa perlu untuk dicantumkan dalam suatu peraturan perundang-undangan agar nantinya peraturan perundang-undangan tersebut dapat ditaati dan berlaku efektif ditengah-tengah masyarakat.

Kabupaten Dharmasraya merupakan salah satu kabupaten di Sumatera Barat yang berada pada persimpangan jalur lintas Sumatera yang menghubungkan Padang, Pekanbaru hingga Jambi. Kabupaten Dharmasraya dengan ibu kota Pulau Punjung merupakan hasil pemekaran dari Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung dan diresmikan pada tanggal 7 Januari 2004. Jumlah penduduk Kabupaten Dharmasraya terus mengalami peningkatan dengan laju pertumbuhan 2,68 persen per tahun hingga pada tahun 2022 jumlah penduduk Kabupaten Dharmasraya sebanyak 234.713 orang yang terdiri dari 119.505 laki-laki dan 115.208 perempuan.⁵⁸ Tahun 2025 jumlah penduduk Kabupaten Dharmasraya yakni sebanyak 248.105 jiwa.

⁵⁸ Kabupaten Dharmasraya dalam angka Tahun 2025

Sebagaimana kita ketahui Kesehatan masyarakat adalah aset berharga yang perlu dijaga dan ditingkatkan. Kesehatan yang baik memungkinkan individu mencapai potensi penuh, membangun masyarakat yang kuat, dan mendorong pertumbuhan ekonomi. Disamping itu, kesehatan masyarakat yang kuat menjadi pilar penting dalam pembangunan berkelanjutan, karena masyarakat yang sehat akan menghasilkan sumber daya manusia berkualitas dan mampu menghadapi tantangan. Untuk itu, sebagai kabupaten yang terbilang baru di Sumatera Barat, Kabupaten Dharmasraya telah mempunyai cukup banyak fasilitas kesehatan dalam menunjang pelayanan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya. Hingga saat ini telah terdapat dari 2 (dua) rumah sakit, 15 (lima belas) pusat kesehatan masyarakat, 43 (empat puluh tiga) puskesmas, dan 134 (seratus tiga puluh empat) polindes dan poskesdes. Selain itu, Pemerintah Daerah Kabupaten Dharmasraya juga telah melaksanakan program-program nasional di bidang kesehatan.

Dilihat dari sisi fasilitas, maka fasilitas kesehatan sudah ada di tiap kecamatan dan nagari. Namun, perlu peningkatan dan pemerataan sarana dan prasarana serta pemenuhan sumber daya manusia di bidang kesehatan dalam rangka mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera secara efektif dan efisien serta menyeluruh. Karena Efektif atau tidaknya upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah Kabupaten Dharmasraya kepada masyarakat Kabupaten Dharmasraya tentu tidak hanya bergantung kepada banyaknya jumlah fasilitas kesehatan dan pelaksanaan program saja, namun perlu didukung dengan sistem yang menyeluruh dan berkelanjutan, seperti akses yang merata, edukasi kesehatan, tenaga medis yang kompeten dan merata, dukungan pendanaan, serta jaminan kesehatan bagi masyarakat. Oleh karena itu, Pemerintah Kabupaten Dharmasraya perlu meningkatkan upaya kesehatan yang diberikan kepada masyarakat melalui penyelenggaraan kesehatan yang menyeluruh dan berkelanjutan sesuai dengan kewenangan di bidang kesehatan yang diberikan oleh peraturan perundang-undangan.

Untuk itu pengaturan penyelenggaraan kesehatan sangat penting untuk menjamin akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, mulai dari perizinan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, standar pelayanan, sarana dan prasarana, hingga pembiayaan dan pengawasan. Tanpa pengaturan yang jelas dan efektif, pelayanan kesehatan akan menjadi tidak terarah, tidak merata, dan tidak berkualitas.

C. Landasan Yuridis

Suatu peraturan perundang-undangan seharusnya tidak hanya memuat landasan filosofis dan sosiologis, tetapi juga harus memuat landasan yuridis yang memuat landasan hukum dari pembentukannya. Landasan yuridis merupakan pertimbangan atau alasan yang 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. Landasan yuridis menyangkut persoalan hukum yang berkaitan dengan substansi yang akan diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan.

Peraturan perundang-undangan dikatakan mempunyai landasan yuridis apabila mempunyai dasar hukum, legalitas atau landasan yang terdapat dalam ketentuan hukum yang lebih tinggi derajatnya. Disamping itu landasan yuridis mempertanyakan apakah peraturan yang dibuat sudah dilakukan oleh atas dasar kewenangannya. Jika dilihat dari landasan yuridis ini dapat diketahui apakah suatu peraturan perundang-undangan dibentuk atas dasar kewenangan yang diberikan kepada instansi tertentu oleh instansi yang lebih tinggi atau dibentuk hanya berdasarkan pada peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

Selain menentukan dasar kewenangan, landasan hukum juga merupakan dasar keberadaan atau pengakuan materi peraturan perundang-undangan atau dikenal juga dengan landasan yuridis material. Landasan yuridis material menunjuk kepada materi muatan

tertentu yang harus dimuat dalam suatu jenis peraturan perundang-undangan tertentu. Pembentuk peraturan menghendaki bahwa sesuatu materi tertentu hendaknya diatur dalam suatu peraturan perundang-undangan tertentu pula.

Peraturan perundang-undangan yang dapat dijadikan landasan yuridis bagi pembentukan suatu peraturan perundang-undangan adalah peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi ataupun yang setingkat. Dalam merumuskan landasan yuridis dari suatu peraturan perundang-undangan yang harus diperhatikan adalah urutan atau hierarki peraturan perundang-undangan yang ada di Indonesia.

Hierarki atau tata urutan peraturan perundang-undangan di bawah Undang-Undang Dasar Tahun 1945 adalah sesuai dengan ketentuan Pasal 7 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan. Hirarki atau tata urutan peraturan perundang-undangan tersebut mempunyai arti penting dalam hal kekuatan hukum peraturan perundang-undangan tersebut. Hal ini diatur dalam ketentuan Pasal 7 ayat (2), yang berbunyi: “Kekuatan hukum Peraturan Perundang-undangan sesuai dengan hierarki sebagaimana dimaksud pada ayat (1)”.

Dengan ketentuan ini maka telah jelas diatur kekuatan hukum dan kekuatan mengikat dari masing-masing peraturan perundang-undangan. Materi peraturan perundang-undangan tidak boleh mengandung substansi yang bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi. Materi peraturan perundang-undangan hanya dapat membuat aturan yang bersifat merinci dan melaksanakan peraturan perundangan di atasnya.

Dalam hal ini berlaku asas *lex superior delogat legi inferiori*, yang berarti Peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi mengesampingkan/mengalahkan peraturan perundang-undangan yang lebih rendah. Sehingga dalam penyusunannya pembentuk peraturan perundang-undangan harus memastikan bahwa materi yang diatur dalam peraturan perundang-undangan tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan di atasnya.

Menurut Purnadi Purbacaraka dan Soerjono Soekanto, asas peraturan perundang-undangan ada 6, yaitu:

- a. Undang-Undang tidak berlaku surut.
- b. Undang-Undang yang dibuat oleh penguasa yang lebih tinggi mempunyai kedudukan yang lebih tinggi pula.
- c. Undang-Undang yang bersifat khusus menyampingkan Undang-undang yang bersifat umum (*Lex Specialis Derogat Lex Generalis*).
- d. Undang-Undang yang berlaku belakangan membatalkan undang-undang yang berlaku terdahulu .
- e. Undang-Undang tidak dapat diganggu gugat.
- f. Undang-Undang sebagai sarana untuk semaksimal mungkin dapat mencapai kesejahteraan spiritual dan material baik masyarakat maupun individu melalui pembaharuan atau pelestarian (fungsi peraturan perundang-undangan).

Jaminan pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat telah diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Ketentuan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dijabarkan lebih lanjut dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Berkaitan dengan penetapan peraturan perundang-undangan dan kebijakan di daerah, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah dalam Pasal 236 menegaskan bahwa daerah membentuk peraturan daerah untuk menyelenggarakan otonomi daerah dan tugas pembantuan, dan juga merupakan penjabaran lebih lanjut dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dengan memperhatikan ciri khas masing-masing daerah.

Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ini dinyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan

bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif. Adapun tujuan dari Penyelenggaraan Kesehatan yakni:

9. meningkatkan perilaku hidup sehat;
10. meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan;
11. meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia yang efektif dan efisien;
12. memenuhi kebutuhan masyarakat akan Pelayanan Kesehatan;
13. meningkatkan ketahanan Kesehatan dalam menghadapi KLB atau Wabah;
14. menjamin ketersediaan pendanaan Kesehatan yang berkesinambungan dan berkeadilan serta dikelola secara transparan, efektif, dan efisien;
15. mewujudkan pengembangan dan pemanfaatan Teknologi Kesehatan yang berkelanjutan; dan
16. memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi Pasien, Sumber Daya Manusia Kesehatan, dan masyarakat

Untuk mencapai tujuan dari penyelenggaraan kesehatan tersebut, maka perlu dilakukan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui upaya kesehatan, yang didukung oleh sumber daya kesehatan dan pengelolaan kesehatan. Upaya Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif. Sedangkan Sumber Daya Kesehatan adalah segala sesuatu yang diperlukan untuk menyelenggarakan dan mendukung Upaya Kesehatan. Pengelolaan kesehatan adalah kegiatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa terhadap upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan yang dilakukan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Sebagaimana dinyatakan sebelumnya bahwa untuk mencapai tujuan dari pembangunan kesehatan, diperlukan sinergitas pelaksanaan penyelenggaraan kesehatan antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pemerintah daerah diberikan tanggung jawab dalam penyelenggaraan kesehatan di daerah. Adapun tanggung jawab tersebut meliputi:

13. merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat
14. meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan
15. menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau wabah, penanggulangan KLB atau Wabah, dan pasca-KLB atau Wabah.
16. ketersediaan Sumber Daya Kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat
17. ketersediaan dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan
18. pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta peningkatan mutu dan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
19. merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat
20. meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan
21. menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau wabah, penanggulangan KLB atau Wabah, dan pasca-KLB atau Wabah.
22. ketersediaan sumber daya kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat

23. ketersediaan dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan; dan

24. pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta peningkatan mutu dan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;

Berdasarkan hal diatas maka dapat disimpulkan bahwa tanggung jawab pemerintah daerah dalam penyelenggaraan kesehatan pada dasarnya meliputi 3 (tiga) hal utama, yakni:

4. upaya kesehatan, yang terdiri atas upaya kesehatan terdiri atas upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat;

5. sumber daya kesehatan, yang terdiri terdiri atas:

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;

2. Sumber Daya Manusia Kesehatan;

3. Perbekalan Kesehatan;

4. Sistem Informasi Kesehatan;

5. Teknologi Kesehatan;

6. pendanaan Kesehatan; dan

7. sumber daya lain yang diperlukan; dan

6. pengelolaan kesehatan, yang merupakan sinkronisasi pelaksanaan penyelenggaraan kesehatan yang dilaksanakan oleh secara berjenjang di pusat dan daerah dalam suatu sistem kesehatan nasional.

Secara umum Pengaturan yang terdapat dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan meliputi hak dan kewajiban, tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, penyelenggaraan Kesehatan, Upaya Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan, Perbekalan Kesehatan, ketahanan kefarmasian dan Alat Kesehatan, Teknologi Kesehatan, Sistem Informasi Kesehatan, KLB dan Wabah, pendanaan Kesehatan, koordinasi dan sinkronisasi penguatan sistem Kesehatan, partisipasi

masyarakat, pembinaan dan pengawasan, penyidikan, ketentuan pidana, ketentuan peralihan, dan ketentuan penutup.

Selanjutnya untuk menindaklanjuti Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pemerintah menetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai Peraturan Pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan Pemerintah ini memberikan pengaturan, penegasan, dan penjelasan lebih lanjut atas pengaturan mengenai:⁵⁹

- a. penyelenggaraan Upaya Kesehatan, meliputi Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia, Kesehatan penyandang disabilitas, Kesehatan reproduksi, keluarga berencana, gizi, Kesehatan gigi dan mulut, Kesehatan jiwa, penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular, Kesehatan penglihatan dan pendengaran, Kesehatan keluarga, Kesehatan sekolah, Kesehatan kerja, Kesehatan olahraga, Kesehatan lingkungan, Kesehatan matra, Kesehatan bencana, pelayanan darah, transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, terapi berbasis sel dan/atau sel punca, serta bedah plastik rekonstruksi dan estetika, pengamanan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT, pengamanan makanan dan minuman, pengamanan zat adiktif, pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum, Pelayanan Kesehatan tradisional, dan Upaya Kesehatan lainnya;
- b. pengelolaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, meliputi perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, peningkatan mutu, dan pengembangan karier Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan untuk menjamin keberlangsungan pembangunan Kesehatan;
- c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan, meliputi jenis, penentuan jumlah dan jenis, perizinan, penyelenggaraan, rekam medis, rahasia Kesehatan Pasien, Puskesmas, Rumah Sakit,

⁵⁹ Penjelasan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai Peraturan Pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

pembinaan dan pengawasan, Rumah Sakit pendidikan, kompetensi manajemen Kesehatan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan, dan pengembangan Pelayanan Kesehatan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan;

- d. kefarmasian, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan, meliputi ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan Perbekalan Kesehatan, penggolongan Obat, Obat dengan resep, dan Obat tanpa resep, penggolongan Obat Bahan Alam, percepatan pengembangan dan ketahanan industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan, serta standar, sistem, dan tata kelola Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan lainnya pada kondisi darurat, bencana, KLB, atau Wabah;
- e. Sistem Informasi Kesehatan, meliputi penyelenggara, pengelolaan data, informasi, dan indikator Kesehatan, pemrosesan data dan Informasi Kesehatan, sumber daya, keandalan, tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, dan pengendalian;
- f. penyelenggaraan Teknologi Kesehatan, meliputi penelitian, pengembangan, dan pengkajian, pelaksanaan inovasi, penilaian, dan pemanfaatan;
- g. penanggulangan, dan kegiatan pasca-KLB, rencana kontingensi penanggulangan Wabah, Kewaspadaan Wabah di Pintu Masuk, penanggulangan Wabah, karantina, pembatasan kegiatan sosial masyarakat, Petugas Karantina Kesehatan, dan pelaksanaan kegiatan pasca-Wabah, standar pengelolaan bahan dan agen biologi penyebab penyakit dan/atau masalah Kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB dan/atau Wabah, pencatatan dan pelaporan, dan sanksi administratif;
- h. pendanaan Kesehatan, meliputi tujuan, prinsip, sumber, tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam penyediaan dana yang dimanfaatkan untuk Upaya Kesehatan, penanggulangan bencana, KLB, dan/atau Wabah, penguatan Sumber Daya

Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, penguatan pengelolaan Kesehatan, penelitian, pengembangan, dan inovasi bidang Kesehatan, dan program Kesehatan strategis lainnya sesuai dengan prioritas pembangunan nasional di sektor Kesehatan;

- i. partisipasi masyarakat, meliputi cakupan keikutsertaan masyarakat secara kreatif dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan, fasilitasi Sumber Daya Kesehatan, dan pengelolaan Kesehatan, mekanisme keikutsertaan pada setiap tahapan pembangunan Kesehatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, dan pengawasan, serta tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan partisipasi masyarakat; dan
- j. pembinaan dan pengawasan, meliputi tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Kesehatan, tujuan dan pelaksanaan pembinaan, tujuan dan pelaksanaan pengawasan, serta tenaga pengawas bidang Kesehatan

Selain pertauran perundang-undangan di atas terdapat beberapa peraturan perundang-undangan lainnya yang menjadi landasan pembentukan dan materi muatan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan.

Dari berbagai peraturan perundang-undangan tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa Kabupaten Dharmasraya mempunyai kewenangan dalam membuat regulasi dalam bentuk Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan yang ditujukan untuk mengatur secara komprehensif kewenangan urusan kesehatan yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah. Ditambah lagi di Kabupaten Dharmasraya sendiri belum adanya regulasi yang mengatur tentang Penyelenggaraan Kesehatan sesuai dengan kewenangan pemerintah daerah. Oleh karena itu dengan adanya Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan dapat mengisi kekosongan hukum yang ada di daerah sesuai dengan kewenangan pemerintah daerah.

BAB V

JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN

Jangkauan, arah pengaturan dan ruang lingkup materi muatan merupakan substansi muatan yang akan diatur dalam Peraturan Daerah dan kajian/analisis keterkaitan materi dimaksud dengan hukum positif, sehingga Peraturan Perundang-undangan yang dibuat tidak tumpang tindih dengan hukum positif. Jangkauan, arah pengaturan dan ruang lingkup materi muatan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut :

A. Jangkauan dan Arah Pengaturan

Pengaturan mengenai rancangan peraturan daerah tentang penyelenggaraan kesehatan ini ditujukan untuk menjamin peningkatan penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya dalam rangka mewujudkan Dharmasraya Sehat sebagai bentuk komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten Dharmasraya untuk memenuhi salah satu hak dasar masyarakat yakni hak atas kesehatan. Pengaturan penyelenggaraan kesehatan dalam suatu rancangan peraturan daerah diharapkan akan mampu menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa mengorbankan mutu dan kualitas. Selain itu juga diperlukan pengaturan untuk menjamin terselenggaranya penyelenggaraan kesehatan yang profesional, terukur dan berkualitas.

Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan ini secara umum memuat pengaturan yang mengakomodir kewenangan-kewenangan pemerintahan daerah dalam menyelenggarakan kesehatan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 secara

eksplisit telah menimbulkan kewenangan-kewenangan baru dalam penyelenggaraan kesehatan di daerah. Perubahan-perubahan kewenangan yang dimuat dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah ini tentu saja perlu diatur secara jelas dan tegas dalam rancangan peraturan daerah sehingga penyelenggaraan kesehatan di daerah dapat dilakukan secara aman, bertanggung jawab, bermutu, terjangkau dan merata.

Jangkauan dan arah pengaturan dari rancangan peraturan daerah tentang penyelenggaraan kesehatan meliputi:

1. Pengaturan mengenai tanggung jawab Pemerintah Daerah, hak dan kewajiban Setiap Orang

Pengaturan ini diarahkan untuk mengatur substansi mengenai tanggung jawab Pemerintah Daerah, Hak dan Kewajiban Setiap Orang. Pengaturan tanggung jawab Pemerintah Daerah dilakukan dengan merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat; meningkatkan dan mengembangkan Upaya Kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan berdasarkan penelitian dan pengkajian; menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau Wabah, penanggulangan KLB atau Wabah, dan pasca-KLB atau Wabah; ketersediaan lingkungan yang sehat bagi masyarakat; ketersediaan Sumber Daya Kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat; ketersediaan dan akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan; pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta peningkatan mutu dan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; perencanaan, pengadaan, serta pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan Daerah; kesejahteraan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; perlindungan kepada Pasien dan Sumber Daya Manusia Kesehatan; perencanaan, pemenuhan, pendayagunaan, dan kesejahteraan tenaga pendukung atau penunjang

kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan Daerah; dan memberdayakan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan. Sedangkan pengaturan hak dan kewajiban Setiap Orang diarahkan agar Setiap Orang mengetahui hak-hak apa saja yang dimiliki oleh Setiap Orang dalam memenuhi hak atas kesehatannya dan kewajiban apa saja yang harus dilakukannya dalam melaksanakan upaya Kesehatan perseorangan, upaya Kesehatan masyarakat dan pembangunan berwawasan Kesehatan.

2. Pengaturan mengenai Upaya Kesehatan

Pengaturan mengenai Upaya Kesehatan ini diarahkan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat yang meliputi upaya kesehatan perorangan, dan upaya kesehatan masyarakat. Pengaturan upaya kesehatan perseorangan diarahkan untuk mewujudkan Upaya Kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang berdampak hanya kepada individu. Sedangkan upaya kesehatan masyarakat diarahkan untuk mewujudkan Upaya Kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang berdampak pada masyarakat. Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia; Kesehatan penyandang disabilitas; Kesehatan reproduksi; keluarga berencana; gizi; Kesehatan gigi dan mulut; Kesehatan penglihatan dan pendengaran; ^[1]_{SEP} Kesehatan jiwa; penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular; Kesehatan keluarga; Kesehatan sekolah; Kesehatan kerja; Kesehatan olahraga; Kesehatan lingkungan; Kesehatan matra; Kesehatan bencana; pelayanan darah; transplantasi organ dan/ atau jaringan tubuh, terapi berbasis sel dan/ atau sel punca, serta bedah plastik rekonstruksi dan estetika; pengamanan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT; pengamanan makanan dan minuman;

pengamanan zat adiktif; pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum; Pelayanan Kesehatan tradisional; dan Upaya Kesehatan lainnya.

3. Pengaturan mengenai sumber daya kesehatan

Pengaturan mengenai sumber daya kesehatan ini diarahkan untuk mengatur mengenai tenaga medis, tenaga kesehatan, dan tenaga pendukung atau penunjang Kesehatan dalam rangka mendukung peningkatan pelayanan kesehatan pada upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

4. Pengaturan mengenai fasilitas pelayanan kesehatan

Pengaturan fasilitas pelayanan kesehatan ini diarahkan untuk pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan fasilitas pelayanan kesehatan penunjang. Fasilitas pelayanan Kesehatan wajib memberikan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan standar pelayanan Kesehatan dan setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah wajib memenuhi perizinan berusaha dari Pemerintah Daerah sesuai dengan norma, standar, prosedur dan kriteria yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5. Pengaturan mengenai Kejadian Luar Biasa dan Wabah

Pengaturan kejadian luar biasa dan wabah ini diperlukan untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya KLB di Daerah, melalui kegiatan kewaspadaan KLB terhadap penyakit dan/atau masalah Kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB. Selain itu juga diatur kegiatan-kegiatan apa saja yang dapat dilakukan dalam penanggulangan wabah yang

kemudian tata cara penanggulangan KLB dan Wabah didelegasikan pengaturannya ke dalam Peraturan Bupati.

6. Pengaturan mengenai sistem informasi Kesehatan

Pengaturan ini diperlukan agar pemerintah daerah dapat mengintegrasikan sistem informasi Kesehatan daerah dengan sistem informasi Kesehatan nasional. Pembangunan sistem informasi Kesehatan di daerah diiringi dengan penyediaan sumber daya sistem informasi Kesehatan di daerah yang meliputi infrastruktur, layanan dan sumber daya manusia.

7. Pengaturan Pembinaan dan Pengawasan

Pengaturan ini ditujukan untuk mengatur pembinaan dan pengawasan yang dilakukan oleh pemerintah daerah dalam menjamin penyelenggaraan kesehatan di daerah dengan aman, bertanggung jawab, berkualitas, terjangkau, merata serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

B. Ruang Lingkup Materi Muatan

1. BAB I : Ketentuan Umum

Ketentuan umum berisi hal-hal sebagai berikut :

- a. Batasan pengertian atau definisi dan/atau singkatan atau akronim yang dituangkan dalam batasan pengertian atau definisi yang digunakan berulang-ulang di dalam pasal atau beberapa pasal selanjutnya.
- b. Prinsip dan asas yang menjadi dasar dalam penyelenggaraan kesehatan di daerah.
- c. Tujuan pengaturan penyelenggaraan Kesehatan di daerah.
- d. Ruang lingkup pengaturan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah.

2. BAB II : Tanggung Jawab Pemerinthan Daerah, Hak dan Kewajiban Setiap Orang

Bagian Kesatu: Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Bagian ini memuat mengenai uraian umum tanggung jawab Pemerintah Daerah

Bagian Kedua: Hak Setiap Orang

Bagian ini memuat mengenai hak Setiap Orang, pengecualian hak setiap orang, dan ketidak pemberlakuan hak setiap orang pada keadaan tertentu.

Bagian Ketiga: kewajiban Setiap Orang

Bagian ini memuat mengenai kewajiban setiap orang, pelaksanaan kewajiban dan kewajiban Setia Orang mengikuti program jaminan.

3. BAB III : Upaya Kesehatan

Bagian Kesatu: Umum

Bagian ini berisi mengenai uraian umum terhadap pengaturan upaya kesehatan yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah.

Bagian Kedua: Pelayanan Kesehatan Primer

Bagian ini berisi mengenai pengaturan pelayanan Kesehatan primer secara terintegrasi serta uraian pelayanan primer melalui suatu sistem jejaring pelayanan Kesehatan.

Bagian Ketiga: Pelayanan Kesehatan Lanjutan

Bagian ini berisi uraian pelayanan Kesehatan lanjutan yang dilaksanakan oleh Fasilitas pelayanan Kesehatan tingkat lanjut.

Bagian Keempat: Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak, Remaja, Dewasa, dan Lanjut Usia

Bagian ini mengatur bentuk upaya Kesehatan bagi ibu hamil, bayi dan anak, remaja, dewasa dan lanjut usia serta tujuan diselenggarakannya upaya kesehatan bagi ibu hamil, bayi dan anak, remaja, dewasa dan lanjut usia,

Bagian Kelima: Kesehatan Penyandang Disabilitas

Bagian ini mengatur tanggungjawab pemerintah daerah, keluarga dan masyarakat untuk menjamin penyandang disabilitas dalam mendapatkan hak yang sama sebagai warga negara.

Bagian Keenam: Kesehatan Reproduksi

Bagian ini mengatur hak Setiap Orang dalam pelayanan upaya kesehatan produksi serta tanggung jawab pemerintah daerah dan masyarakat atas penyelenggaraan upaya Kesehatan reproduksi yang sesuai dengan standar, aman, bermutu dan terjangkau.

Bagian Ketujuh: Kesehatan Keluarga Berencana

Bagian ini mengatur upaya Kesehatan keluarga berencana serta tanggung jawab pemerintah daerah dan masyarakat atas penyelenggaraan keluarga berencana sesuai dengan standar, aman, bermutu dan terjangkau.

Bagian Kedelapan: Gizi

Bagian ini mengatur upaya pemenuhan gizi yang merupakan tanggung jawab pemerintah daerah dalam menjaga ketersediaan bahan makan secara merata dan terjangkau sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesembilan: Kesehatan Gizi dan Mulut

Bagian ini mengatur pelayanan Kesehatan gigi dan mulut yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat melalui unit pelayanan Kesehatan gigi dan mulut dan/atau usaha Kesehatan sekolah.

Bagian Kesepuluh: Kesehatan Penglihatan dan Pendengaran

Bagian ini mengatur upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran secara terpadu, komprehensif, efektif, efisiensi dan berkelanjutan. Dalam penyelenggaraan upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran, Pemerintah Daerah dapat menetapkan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran tertentu sebagai prioritas.

Bagian Kesebelas: Kesehatan Jiwa

Bagian ini mengatur upaya Kesehatan jiwa yang diberikan secara proaktif, terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan manusia bagi orang yang berisiko, orang dengan gangguan jiwa dan masyarakat. Serta juga terdapat pengaturan larangan bagi setiap orang melakukan pemasungan penelantaran kepada orang dengan gangguan jiwa. Dan penatalaksanaan orang dengan gangguan jiwa yang dilakukan secara rawap inap.

Bagian Kedua Belas: Penanggulangan Penyakit Menular dan Penanggulangan Penyakit

Tidak Menular

Bagian ini mengatur upaya penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular yang dilakukan melalui upaya Kesehatan perseorangan dan upaya Kesehatan masyarakat yang dilaksanakan secara terkoordinasi, terpadu dan berkesinambungan.

Bagian Ketiga Belas: Kesehatan Keluarga

Bagian ini mengatur upaya Kesehatan keluarga yang merupakan tanggungjawab Pemerintah Daerah, Pemerintah Nagari, dan Masyarakat.

Bagian Keempat Belas: Kesehatan Sekolah

Bagian ini mengatur upaya Kesehatan sekolah yang dilaksanakan melalui pendidikan Kesehatan, pelayanan Kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah yang dapat didukung dengan sarana dan prasarana Kesehatan sekolah.

Bagian Kelima Belas: Kesehatan Kerja

Bagian ini mengatur upaya Kesehatan kerja di Daerah yang ditujukan untuk melindungi pekerja dan orang lain yang ada di tempat kerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan.

Bagian Keenam Belas: Kesehatan Olahraga

Bagian ini mengatur upaya Kesehatan olahraga yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kebugaran jasmani

masyarakat melalui aktivitas fisik, Latihan fisik dan/atau olahraga.

Bagian Ketujuh Belas: Kesehatan Lingkungan

Bagian ini mengatur upaya Kesehatan lingkungan yang dilakukan melalui upaya penyehatan, pengamanan dan pengendalian serta terdapat pula substansi Kesehatan lingkungan yang diselenggarakan pada lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi serta tempat dan fasilitas umum.

Bagian Kedelapan Belas: Kesehatan Matra

Bagian ini mengatur penyelenggaraan Kesehatan matra sebagai bentuk khusus upaya Kesehatan yang diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam lingkungan matra yang serba berubah di lingkungan darat, laut dan udara.

Bagian Kesembilan Belas: Kesehatan Bencana

Bagian ini mengatur pelayanan Kesehatan saat bencana yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kedisabilitas dan memastikan pelayanan kesehatan esensial tetap berjalan sesuai dengan standar pelayanan minimal pelayanan Kesehatan.

Bagian Kedua Puluh: Pelayanan Kesehatan Tradisional

Bagian ini mengatur pelayanan Kesehatan tradisional yang dibina dan diawasi oleh Pemerintah Daerah agar dapat

dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma sosial budaya.

4. BAB IV : Sumber Daya Manusia Kesehatan

Bab ini mengatur mengenai uraian umum terdapat sumber daya manusia Kesehatan serta kewajiban Pemerintah Daerah dalam memenuhi kebutuhan sumber daya manusia Kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan di Daerah.

5. BAB V : Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Bagian Kesatu : Umum

Bagian ini mengatur mengenai uraian umum Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan masyarakat.

Bagian Kedua : Pusat Kesehatan Masyarakat

Bagian ini mengatur tugas dan fungsi Pusat Kesehatan Masyarakat dalam mewujudkan wilayah kerja yang sehat dan didukung oleh sumber daya manusia yang kompeten dan profesional.

Bagian Ketiga : Rumah Sakit

Bagian ini mengatur tanggung jawab Pemerintah Daerah dalam menyelenggarakan rumah sakit, kewajiban yang dibebankan untuk Setiap Rumah Sakit dan bentuk pelayanan Kesehatan yang diberikan rumah sakit.

6. BAB VI : Kejadian Luar Biasa dan Wabah

Bagian Kesatu : Kejadian Luar Biasa

Bagian ini mengatur mengenai bentuk-bentuk kegiatan kewaspadaan, kriteria, penyakit dan masalah yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa.

Bagian Kedua : Wabah

Bagian ini mengatur mengenai tatalaksana penanggulangan wabah, penyusunan rencana kontingensi penanggulangan wabah dengan melibatkan lintas sector, lintas program dan pemangku kepentingan terkait.

7. Bab VII : Sistem Informasi Kesehatan

Bab ini berisi mengenai penyelenggaraan sistem informasi Kesehatan di Daerah dengan mengintegrasikan sistem informasi Kesehatan dengan sistem informasi Kesehatan nasional serta sumber-sumber sistem informasi Kesehatan yang merupakan kewajiban pemerintah daerah dalam menyediakannya.

8. Bab VIII : Pembinaan dan Pengawasan

Bab ini mengatur mengenai bentuk kegiatan pembinaan yang dapat dilakukan oleh Pemerintah Daerah secara terkoordinasi dan berkesinambungan yang dapat dilakukan secara berkala atau sewaktu-waktu dibutuhkan.

9. BAB IX : Pendanaan

Ketentuan pendanaan berisi mengenai sumber pembiayaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah yakni dari anggaran pendapatan belanja daerah dan sumber pendapatan sah lainnya.

10. Ketentuan Peralihan (jika diperlukan)

Ketentuan Peralihan memuat 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.

11. Ketentuan Penutup

Ketentuan ini dapat memuat pengaturan mengenai :

- a. penunjukan organ atau alat kelengkapan yang melaksanakan Peraturan Daerah;
- b. nama singkat Peraturan Perundang-undangan;
- c. status Peraturan Perundang-undangan yang sudah ada; dan
- d. saat mulai berlaku Peraturan Perundang-undangan.

12. Penjelasan

Ketentuan ini merupakan tafsir resmi pembentuk Peraturan Daerah atas norma tertentu dalam batang tubuh yang memerlukan keterangan yang rinci serta dapat berupa contoh. Penjelasan juga merupakan sarana untuk memperjelas norma dalam batang tubuh, namun tidak boleh mengakibatkan terjadinya ketidakjelasan dari norma yang dimaksud.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berbagai upaya peningkatan kesehatan telah dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten dharmasraya. Melalui Dinas Kesehatan, pemerintah kabupaten dharmasraya telah melakukan berbagai bentuk intervensi strategis melalui inovasi-inovasi yang responsif terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat. Bentuk-bentuk inovasi unggulan yang telah dikembangkan oleh Dinas Kesehatan Dharmasraya antara lain PATWAL MILITER (Patut Kawal Ibu Hamil Baca Buku KIA Terintegrasi) dan SUMBAR RANCAK (Surat Untuk Mengabarkan Rencana Imunisasi Anak). Inovasi-inovasi ini bertujuan untuk menjangkau kelompok sasaran secara lebih efektif, meningkatkan kesadaran serta partisipasi masyarakat, dan memastikan tercapainya indikator-indikator prioritas di bidang kesehatan.

Selain Dinas Kesehatan, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) kabupaten dharmasraya juga turut berperan aktif dalam mengembangkan berbagai inovasi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan tingkat pertama. Inovasi-inovasi ini bersifat kontekstual, disesuaikan dengan kebutuhan lokal, serta mencerminkan komitmen untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Secara luas tujuan utama dari inovasi-inovasi ini adalah untuk meningkatkan akses dan mutu layanan, memperkuat upaya promotif dan preventif di masyarakat, meningkatkan partisipasi lintas sektor, serta mendorong perubahan perilaku hidup sehat secara berkelanjutan.

Peningkatan kinerja di bidang kesehatan ini tidak terlepas dari upaya Pemerintah Daerah dalam meningkatkan fasilitas atau jumlah sarana dan prasarana kesehatan, seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, pustu dan lainnya, serta peningkatan kualitas dan

jangkauan pelayanan serta penyediaan obat-obatan bagi masyarakat. Disamping itu Pemerintah Daerah Kabupaten dharmasraya juga melaksanakan kegiatan berupa sosialisasi kesehatan, pembinaan kader sehat, peningkatan sarana dan prasarana kesehatan serta program jaminan kesehatan melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bidang kesehatan.

Pemerintah Dharmasraya secara konsisten telah melakukan Percepatan Universal Health Coverage (UHC) sesuai dengan Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dengan jumlah kepesertaan Kabupaten Dharmasraya sebesar 61.778 jiwa dengan skema sharing pembiayaan Pemerintah Provinsi Sumatera Barat 20% dan 80% ditanggung oleh Pemda Kabupaten Dharmasraya. Pada tahun 2024 jumlah kepesertaan jaminan kesehatan adalah 100%, ini sudah mencapai target pemerintah yaitu seluruh masyarakat di Kabupaten Dharmasraya telah memiliki akses terhadap jaminan kesehatan (*Total Coverage*).⁶⁰ Namun per 1 mei Tahun 2025 jumlah kepesertaan Jaminan social mengalami penurunan menjadi sebesar 99.22 %⁶¹. Hal ini disebabkan oleh pembiayaan premi JKN terkendala dengan anggaran yang mana pembayaran premi iuran BPJS dianggarkan baru 7 bulan dengan jumlah Rp. 13.319.336.800 masih ada kekurangan anggaran premi untuk 5 bulan dengan jumlah Rp. 9.513.812.000.⁶²

Akan tetapi dalam praktik penyelenggaraan birokrasi di bidang kesehatan, Kabupaten Dharmasraya hingga saat ini belum memiliki regulasi khusus dalam bentuk peraturan daerah yang secara spesifik mengatur tentang penyelenggaraan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, pemerintah daerah masih berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, seperti undang-undang, peraturan pemerintah, serta peraturan

⁶⁰ Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya Tahun 2024 halaman 38

⁶¹ Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya

⁶² Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Dharmasraya

dari kementerian terkait. Ketiadaan regulasi daerah yang spesifik ini menjadi salah satu tantangan dalam pelaksanaan tugas dan kewenangan di bidang kesehatan. Hal ini menimbulkan ketidakpastian dalam pengambilan keputusan, keterbatasan ruang inovasi kebijakan daerah, serta potensi ketidaksesuaian antara kebutuhan daerah dengan kebijakan nasional. Oleh karena itu, diperlukan penyusunan regulasi dalam bentuk peraturan daerah yang komprehensif agar penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya dapat berjalan lebih optimal, terarah, dan sesuai dengan karakteristik serta kebutuhan masyarakat setempat.

Dengan dibentuknya Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan, diharapkan upaya pembangunan kesehatan di Kabupaten Dharmasraya dapat berjalan optimal dengan adanya penyelenggaraan kesehatan yang maksimal bagi masyarakat. Penyelenggaraan kesehatan yang baik tidak hanya tentang membangun rumah sakit atau menyediakan obat, namun mencakup sistem yang menyeluruh dan berkelanjutan. Pertama, akses yang merata, dimana setiap warga negara, tanpa memandang status ekonomi atau tempat tinggalnya, harus memiliki akses terhadap layanan kesehatan. Kedua, pencegahan dan edukasi dimana edukasi kesehatan harus ditingkatkan untuk mendorong masyarakat hidup sehat dan mencegah penyakit sejak dini. Ketiga, tenaga medis yang cukup dan Kompeten dimana terdapat pemerataan distribusi dokter dan tenaga kesehatan lainnya sangatlah penting, khususnya di daerah terpencil. Dan yang terakhir pendanaan dan jaminan kesehatan dimana sistem jaminan kesehatan nasional harus kuat agar layanan bisa dijangkau semua kalangan.

Penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten dharmasraya sendiri selama ini sudah diselenggarakan oleh pemerintah daerah Kabupaten dharmasraya. Pemerintah daerah Kabupaten dharmasraya sudah menjalankan kewenangan yang diberikan oleh pemerintah di bidang kesehatan. Pembangunan sektor kesehatan di Kabupaten Dharmasraya terus

mengalami dinamika. Di satu sisi, terdapat kemajuan dari segi fasilitas dan layanan rumah sakit, namun di sisi lain masih banyak tantangan mendasar yang memerlukan perhatian bersama. Permasalahan tersebut yaitu terkait capaian kinerja masih rendah, ketimpangan distribusi tenaga Kesehatan, serta kebutuhan pelayanan yang inklusif belum ditangani secara terstruktur dan berkelanjutan.

Salah satu indikator utama yang masih menjadi perhatian serius pemerintah kabupaten dharmasraya adalah rendahnya capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM), terutama pada penanganan kematian ibu dan bayi, serta kasus penyakit menular yang masih tinggi. Capaian yang belum optimal ini menunjukkan perlunya evaluasi mendalam terhadap efektivitas program dan strategi penjangkauan masyarakat yang telah berjalan. Selain itu distribusi tenaga kesehatan masih menjadi persoalan khusus, terutama di wilayah pinggiran dan daerah terpencil. Ketimpangan ini berdampak pada akses dan kualitas pelayanan yang diterima masyarakat. Serta masih banyak masyarakat yang datang ke fasilitas kesehatan tanpa jaminan kesehatan, terutama dari kalangan tidak mampu. Kondisi ini menuntut sistem kesehatan daerah untuk tetap memberikan pelayanan, sekaligus mencari solusi atas perlindungan sosial yang belum menyeluruh. Kondisi bertambah kompleks dengan keberadaan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang cukup tinggi, serta kehadiran Suku Anak Dalam (SAD) dari Jambi yang juga memerlukan pelayanan kesehatan. Pemerintah daerah tetap berkomitmen memberikan layanan tanpa diskriminasi, namun dukungan lintas sektor dan penguatan regulasi tetap sangat diperlukan.

Jaminan penyelenggaraan kesehatan bagi seluruh masyarakat telah diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Ketentuan Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan kemudian dijabarkan lebih lanjut dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-

tingginya bagi individu atau masyarakat. Pemenuhan hak masyarakat atas penyelenggaraan kesehatan merupakan salah satu tanggungjawab negara dalam rangka mewujudkan kesejahteraan yang harus diwujudkan sebagai suatu cita-cita bangsa. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut semua segi kehidupan, baik fisik maupun mental sosial ekonomi.

Berkaitan dengan penetapan peraturan perundang-undangan dan kebijakan di daerah, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dalam Pasal 236 menegaskan bahwa daerah membentuk peraturan daerah untuk menyelenggarakan otonomi daerah dan tugas pembantuan, dan juga merupakan penjabaran lebih lanjut dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dengan memperhatikan ciri khas masing-masing daerah.

Perlunya peraturan daerah tentang penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten dharmasraya ini untuk mengatur penyelenggaraan kesehatan yang memenuhi keinginan masyarakat kabupaten dharmasraya. Sesuai dengan kewenangan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, maka pemerintah kabupaten dharmasraya dapat menetapkan peraturan daerah tentang penyelenggaraan kesehatan yang dapat dijadikan pedoman dalam menetapkan kebijakan-kebijakan lainnya di bidang kesehatan ditingkat daerah.

Pengaturan mengenai penyelenggaraan kesehatan ini ditujukan untuk menjamin peningkatan akses kesehatan di Kabupaten dharmasraya dalam rangka “Terwujudnya Kabupaten Dharmasraya Maju Yang Mandiri Dan Berbudaya” sebagai bentuk komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten dharmasraya untuk memenuhi salah satu hak dasar masyarakat yakni hak atas kesehatan. Pengaturan penyelenggaraan kesehatan dalam suatu

rancangan peraturan daerah diharapkan akan mampu menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan kesehatan tanpa mengorbankan mutu dan kualitas. Selain itu juga diperlukan pengaturan untuk menjamin terselenggaranya penyelenggaraan kesehatan yang profesional, terukur dan berkualitas.

B. Saran

Bahwa berdasarkan uraian tersebut di atas, Pemerintah Daerah Kabupaten dharmasraya perlu menyusun dan menetapkan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten dharmasraya tentang Penyelenggaraan Kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan penyelenggaraan kesehatan kepada masyarakat demi terwujudnya visi dan misi Pemerintah Daerah Kabupaten dharmasraya, yakni Terwujudnya Kabupaten Dharmasraya Maju Yang Mandiri Dan Berbudaya.

Untuk menjamin terselenggaranya penyelenggaraan Kesehatan yang baik, perlu adanya jaminan kepastian hukum yang berlaku agar Akses Layanan Kesehatan merata, Derajat Kesehatan Masyarakat meningkat, Tanggung Jawab Pemerintah Daerah terwujud, Tata Kelola Sistem Kesehatan Terpadu dan Efisien tercipta, serta Partisipasi Masyarakat dan Sektor Swasta tersalurkan dan Program Nasional di Bidang Kesehatan dapat diinternalisasikan dan efektif di tingkat daerah. Untuk itu, setiap penyelenggaraan Kesehatan hendaknya memperhatikan dan menerapkan prinsip, asas dan standar kesehatan dengan baik dan benar serta penuh rasa tanggung jawab.