DRAFT LAPORAN AWAL

NASKAH AKADEMIK

RANCANGAN PERATURAN DAERAH KABUPATEN NGANJUK TENTANG SISTEM KESEHATAN DAERAH







Diinisiasi oleh:
Badan Pembentukan Peraturan Daerah DPRD Kabupaten Nganjuk

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH
KABUPATEN NGANJUK
BADAN PEMBENTUKAN PERATURAN DAERAH
2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan kegiatan penyusunan laporan: Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah dapat terselesaikan.

Kesehatan merupakan hak dasar setiap Masyarakat yang perlu didukung melalui penyelenggaraan kesehatan yang adil dan merata yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana diamanatkan dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selanjutnya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya diperlukan keterpaduan upaya Kesehatan dengan pelibatan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang bersifat terpadu, komprehensif dan berkesinambungan.

Pembangunan 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 SDM 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.

Setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat akan berdampak pada kerugian ekonomi yang besar, dan oleh karena itu setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat merupakan investasi bagi pembangunan Negara. Oleh karena itu kesehatan perlu dikelola secara terencana, sistematis, dan terpadu

oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa dan/atau masyarakat.

Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa dan/atau Masyarakat 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 terhadap upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan secara berjenjang di pusat dan daerah. Pengelolaan upaya kesehatan ditujukan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dalam bentuk Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), baik yg bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif. Tanggungjawab Pemerintah Daerah dalam upaya kesehatan adalah melakukan:

1. penetapan kebijakan daerah dengan berpedoman pada kebijakan nasional;
2. perencanaan, pengelolaan, pemantauan, supervisi, dan evaluasi program;
3. pengelolaan sistem rujukan Pelayanan Kesehatan tingkat daerah;
4. penelitian dan pengembangan Kesehatan;
5. pengelolaan dan pendistribusian Sumber Daya Kesehatan; dan
6. penerbitan perizinan berusaha Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sedangkan sumber daya kesehatan dimanfaatkan untuk mendukung penyelenggaraan Upaya Kesehatan, meliputi:

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.

Pengelolaan kesehatan sebagaimana dimaksud dibuat dalam suatu sistem kesehatan nasional.

Saat ini sistem kesehatan daerah di Kabupaten Nganjuk didasarkan pada Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Dari sisi materi muatan, beberapa materi pengaturan dalam Peraturan Daerah ini tersebut saat ini terdapat ketidaksinkronan (disharmonisasi) dengan spirit pengaturan dalam peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi yang diundangkan pasca berlakunya Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tersebut.

Mendasarkan ketentuan Pasal 250 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 Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang dan kaidah pembentukan peraturan perundang-undangan sebagaimana diatur dalam UU Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana diubah terakhir dengan UU Nomor 13 Tahun 2022 beserta peraturan pelaksanaannya, maka keberdaan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah saat ini tidak relevan untuk diterapkan karena terdapat inkonsistensi dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

Selanjutnya dalam rangka mewujudkan Peraturan Daerah yang mengatur bidang kesehatan dalam hal ini Sistem Kesehatan

daerah yang tidak bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, asas materi muatan peraturan perundang-undangan, dan putusan pengadilan, maka perlu dilakukan penyesuaian terhadap keberdaan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Penyesuaian dilakukan dengan menyusun ulang Perda baru yang mencabut dan menyatakan tidak berlakunya Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah.

Berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud DPRD Kabupaten Nganjuk menginisiasi pembentukan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah. Selanjutnya guna mewujudkan adanya peraturan daerah yang baik maka diperlukan adanya Naskah Akademik. Untuk kepentingan tersebut maka disusunlah Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah.

Atas selesainya penyusunan laporan ini, tidak lupa penyusun mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyiapan sampai penyelesaian laporan ini.

Penyusun sadar bahwa Laporan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran, kritik, masukan guna penyempurnaannya sangat dibutuhkan. Akhirnya kami berharap semoga karya sederhana bermanfaat bagi institusi yang memerlukannya.

Nganjuk, Februari 2026.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI v

BAB I : PENDAHULUAN I-1
A. Latar Belakang I-1
B. Identifikasi Masalah I-8
C. Maksud, Tujuan dan Target Kegiatan I-19
D. Kegunaan I-20
E. Metode Penelitian I-20

BAB II : KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIS EMPIRIS II-1
A. Kerangka Teoretis II-1
1. Tinjauan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) II-1
2. Konsep dan Perkembangan SKN II-2
3. Reformulasi Subsistem SKN II-7
4. Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PPSDM Kesehatan) II-28
5. Politik Hukum Undang-Undang Kesehtan II-42
6. Hak dan Kewajiban Setiap Orang terkait Kesehatan dalam Undang-Undang Kesehatan ... II-49
7. Indikator Kesejahteraan Manusia II-52
8. Pelayanan Kesehatan II-55
9. Karakteristik Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit II-57
10. Gambaran Umum Penyelenggaraan Rumah Sakit di Indonesia II-62

11. Registrasi dan Perizinan Berusaha Sektor Kesehatan II-64
12. Kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten/. Kota di bidang Kesehatan II-67

B. Kajian Terhadap Asas-Asas Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan terkait Penyusunan Norma .. II-68

C. Kajian Terhadap Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk dan Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat II-76
1. Gambaran Umum Daerah II-76
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang ada di Daerah II-78
3. Usia Harapan Hidup.....II-86
4. Kinerja Penyelenggaraan SPM Kesehatan II-86
5. Permasalahan Yang Dihadapi Kabupaten Nganjuk terkait Pembangunan Bidang Kesehatan II-94

D. Kajian Terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru Yang Diatur dalam Peraturan Daerah Terhadap Aspek Kehidupan Mayarakat dan Dampaknya terhadap Aspek Keuangan Daerah II-100

BAB III : EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT III-1

A. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 .....III-2

B. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia III-4

C. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan sebagaimana 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 III-6
D. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan PERPU Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang III-10
E. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan III-16
F. Peraturan Pemerintah No 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal III-36
G. Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan III-39

BAB IV : LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS IV-1
A. Landasan Filosofis IV-1
B. Landasan Sosiologis IV-6
C. Landasan Yuridis IV-9

BAB V : JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH . V-1
A. Jangkauan dan Arah Pengaturan V-1
B. Ketentuan Umum V-2
C. Materi Muatan Yang Diatur Dalam Peraturan Daerah V-7
D. Ketentuan Lain-Lain V-57
E. Ketentuan Peralihan V-58
F. Ketentuan Penutup V-58

BAB VI : P E N U T U P VI-1

A. Kesimpulan VI-1
B. Saran/Rekomendasi VI-4

LAMPIRAN:

1. Daftar Kepustakaan
2. Draft Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945) pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dan harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Hal ini sejalan dengan tujuan dan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana termaktup dalam Pembukaan UUD 1945.

Hal tersebut sesuai dengan ketentuan Pasal 28H UUD 1945 "...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan". Dimasukannya kalimat tersebut membawa implikasi yang besar baik bagi Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Rumah Sakit. Memang, di negara yang lebih maju, memang pelayanan kesehatan telah menjadi hak bagi setiap penduduknya. Pemerintah dapat mengatur agar semua penduduk berkontribusi sebagai suatu kewajiban guna memenuhi hak-haknya. Itulah perlunya ada pemerintah. Pencantuman hak terhadap pelayanan kesehatan bertujuan untuk menjamin hak-hak kesehatan yang fundamental seperti yang tercantum dalam deklarasi hak asasi manusia "*health is a fundamental human right*".

Pencantuman hak tersebut setidaknya saat ini sudah diikuti oleh peningkatan anggaran kesehatan atau upaya lain yang dilakukan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Sekalipun demikian, pasal 28H tersebut menjadi landasan yang kuat bagi pengambil kebijakan kesehatan untuk bernegosiasi di tingkat pemerintah pusat maupun pemerintah

daerah. Selanjutnya pada tahun 2004, Pemerintah juga telah mengundangkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Undang-Undang ini mengamanatkan agar "Negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat" seperti tercantum dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945. Negara juga bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak….". Jadi, jelas fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit disejajarkan dengan fasilitas pelayanan umum (fasum) yang seharusnya bisa dinikmati setiap warga negara tanpa memandang keadaan ekonomi dan sosialnya.

Dengan amandemen tiga pasal dalam UUD 1945, tujuan negara sudah semakin jelas yaitu secara eksplisit menempatkan kesehatan sebagai bagian dari kesejahteraan rakyat yang harus tersedia merata. Dengan kata lain, prinsip ekuitas telah ditancapkan dalam UUD 1945 sehingga daerah-daerah seharusnya tidak bisa lagi menghindar dari memberi porsi yang lebih besar untuk pendanaan sektor kesehatan. Visi ekuitas yang mengarah pada cakupan universal jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk harus bisa dijabarkan dengan cara yang mudah dipahami, dapat dibiayai oleh sistem dan dapat diterima oleh masyarakat (*acceptable*). Sistem pendanaan kesehatan Indonesia harus menjamin cakupan seluruh rakyat seperti yang diamanatkan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945. Cakupan universal tersebut juga harus menjamin adanya ekuitas dengan beban pendanaan yang relatif terjangkau dan jumlahnya tetap agar tidak mengganggu kebutuhan pendanaan rutin lainnya. Hal itu berarti pendanaan dari kantung sendiri (*out of pocket, OOP*) harus seminimal mungkin, kecuali untuk pengendalian moral hazard.

Apa yang tercantum dalam amandemen UUD 1945 merupakan suatu langkah paling awal yang memberikan landasan yang kuat bagi kebijakan pendanaan kesehatan di kemudian hari. Banyak alternatif pendanaan yang dapat mencapai visi cakupan universal yang mempunyai berbagai dampak efisiensi dan kualitas pelayanan yang berbeda-beda dan mempunyai tingkat kelayakan dilaksanakan di Indonesia yang berbeda-beda. Untuk itu perlu dilakukan pengkajian yang intensif dan terus menerus agar diperoleh sistem yang paling efisien, yang dapat diterima penduduk dan yang memiliki asuransi kelangsungan hidupnya untuk masa yang Panjang.

Dalam perspektif lain, salah satu indicator kesejahteraan menurut *Human Development Indeks* adalah pelayanan kesehatan. Oleh karena itu berdasarkan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 disebutkan: *setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tingal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.* Kesehatan merupakan hak asasi manusia (HAM). Terhadap HAM ini maka Negara bertanggung jawab untuk menghormati *(to respect)*, melindungi *(to protect),* dan memenuhi *(to fulfill).* Oleh karena itu, peningkatan kesejahteraan umum adalah tanggung jawab negara, baik untuk pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi maupun Pemerintah Daerah Kabupaten.

Kesehatan merupakan hak dasar setiap Masyarakat yang perlu didukung melalui penyelenggaraan kesehatan yang adil dan merata yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana diamanatkan dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selanjutnya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya diperlukan keterpaduan upaya Kesehatan

dengan pelibatan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang bersifat terpadu, komprehensif dan berkesinambungan.

Sebagaimana diketahui bahwa hakekat Pemerintahan Daerah adalah 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. Penyelenggaraan pemerintahan daerah diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, dan kekhasan suatu daerah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Urusan Pemerintahan adalah kekuasaan pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden yang pelaksanaannya dilakukan oleh kementerian negara dan penyelenggara Pemerintahan Daerah untuk melindungi, melayani, memberdayakan, dan menyejahterakan masyarakat. Terdapat 3 (tiga) jenis urusan pemerintahan yaitu: urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren, dan urusan pemerintahan umum.

Urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan Daerah terdiri atas Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan. Urusan Pemerintahan Wajib sebagaimana dimaksud terdiri atas Urusan Pemerintahan yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar dan Urusan Pemerintahan yang tidak

berkaitan dengan Pelayanan Dasar. Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar adalah Urusan Pemerintahan Wajib yang sebagian substansinya merupakan Pelayanan Dasar.

Salah satu urusan pemerintahan wajib berkaitan pelayanan dasar adalah urusan bidang kesehatan. Urusan kesehatan ini dibagi dalam 4 sub urusan yaitu:

1. upaya kesehatan;
2. sumber daya manusia kesehatan;
3. sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman; dan
4. pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang mejadi kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. Berdasarkan lampiran 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 Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, kewenagan Pemerintah Kabupaten/Kota di bidang kesehatan adalah sebagai berikut.

a. Sub bidang Upaya Kesehatan, meliputi:
    1) Pengelolaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota;
    2) Pengelolaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota; dan
    3) Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah kabupaten/kota.

b. Sub bidang Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, meliputi:
   1) Penerbitan izin praktek dan izin kerja tenaga kesehatan; dan
   2) Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten/kota
c. Sub bidang Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman, meliputi:
   1) Penerbitan izin apotik, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal;
   2) Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT);
   3) Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga;
   4) Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga; dan
   5) Pengawasan *post-market* produk makanan-minuman industri rumah tangga.
d. Sub bidang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yaitu Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kab/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat Kabupaten/Kota.

Menurut ketentuan Pasal 12 ayat (1) huruf b dan ketentuan huruf B Lampiran Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, dan ketentuan Pasal 3 ayat (1) huruf b

Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, Pemerintah Daerah berwenang melaksanakan penyelenggaraan kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib bidang kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan dasar.

Berdasarkan Pasal 17 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Daerah berhak menetapkan kebijakan Daerah untuk menyelenggarakan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah. Daerah dalam menetapkan kebijakan Daerah sebagaimana dimaksud, wajib berpedoman pada norma, standar, prosedur, dan kriteria yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Dalam hal kebijakan Daerah yang dibuat dalam rangka penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah tidak mempedomani norma, standar, prosedur, dan kriteria, Pemerintah Pusat membatalkan kebijakan Daerah yang ditetapkan tersebut.

Secara konstitusional kesehatan merupakan hak dasar setiap masyarakat yang perlu didukung melalui penyelenggaraan kesehatan yang adil dan merata yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana diamanatkan dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dalam rangka pemenuhan hak dasar tersebut negara melalui Pemerintah maupun Pemerintahan Daerah menyelenggarakan Pembangunan Kesehatan.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya diperlukan keterpaduan upaya kesehatan dan pengelolaan sumberdaya kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan dengan pelibatan masyarakat secara luas

dalam suatu sistem kesehatan daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

Berdasarkan pemikiran tersebut, maka Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Nganjuk melalui Badan Pembentukan Peraturan Daerah menggunakan haknya menginisiasi adanya Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah. Selanjutnya guna mewujudkan proses pembentukan produk hukum daerah yang baik, maka perlu dilakukan penyusunan naskah akademik. Untuk itulah kegiatan penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah ini dilakukan

B. Identifikasi Masalah

Tujuan penyelenggaraan pemerintahan daerah berdasarkan UU No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan publik, peningkatan partisipasi masyarakat dan peningkatan daya saing daerah. Salah satu tolok ukur kesejahteraan berdasarkan UNDP adalah diukur dengan nilai Indek Pembangunan Manusia (IPM). Nilai IPM tersebut tersusun dari tiga komponen yaitu Indeks Pendidikan yang mencerminkan seberapa luas pengetahuan dan tingkat pendidikan dari masyarakat, Indeks Kesehatan yang mencerminkan tingkat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat, serta Indeks Daya Beli yang menggambarkan kemampuan daya beli masyarakat.

Secara umum masalah kesehatan di Indonesia adalah menyangkut: derajat kesehatan, kerjasama lintas sektoral, kebijakan pembangunan kesehatan, sistem pembiayaan

pembangunan kesehatan, penyelenggaraan pembangunan kesehatan, mutu sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan perbekalan kesehatan. Terkait mutu sarana kesehatan ini Suparyanto menyebut bahwa: sekalipun jumlah dan penyebaran sarana kesehatan dinilai telah memadai, namun jika ditinjau dari aspek mutu, pelayanan masih dibawah standar. Beberapa sarana kesehatan lainnya, seperti rumah sakit belum memenuhi standar minimal. Dalam keadaan seperti ini, maka mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan menjadi jauh dari yang diharapkan. Iklim yang kondusif bagi peningkatan peran serta swasta baik dari dalam negeri maupun luar negeri dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan belum tercipta secara optimal. Birokrasi dalam segi perizinan dan peraturan yang harus ditempuh seakan-akan menghambat partisipasi sektor swasta dalam pembangunan kesehatan (Dr. Suparyanto, M.Kes dalam http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/04/masalah-kesehatan-di-indonesia.html diakses 28 Nopember 2011 jam 19.39 WIB).

Sebagaimana diketahui bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pengembangan dan pembinaan sumber daya manusia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan daerah yang pada hakikatnya adalah pembangunan masyarakat seutuhnya. Setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat akan berdampak pada kerugian ekonomi yang besar, dan oleh karena itu setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat merupakan investasi bagi pembangunan Negara. Oleh karena itu kesehatan perlu dikelola secara terencana, sistematis, dan terpadu oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa dan/atau masyarakat.

Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa dan/atau Masyarakat yang 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 terhadap upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan secara berjenjang di pusat dan daerah. Pengelolaan upaya kesehatan ditujukan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dalam bentuk Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), baik yg bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif. Tanggungjawab Pemerintah Daerah dalam upaya kesehatan adalah melakukan:

7. penetapan kebijakan daerah dengan berpedoman pada kebijakan nasional;
8. perencanaan, pengelolaan, pemantauan, supervisi, dan evaluasi program;
9. pengelolaan sistem rujukan Pelayanan Kesehatan tingkat daerah;
10. penelitian dan pengembangan Kesehatan;
11. pengelolaan dan pendistribusian Sumber Daya Kesehatan; dan
12. penerbitan perizinan berusaha Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sedangkan sumber daya kesehatan dimanfaatkan untuk mendukung penyelenggaraan Upaya Kesehatan, meliputi:

8. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
9. Sumber Daya Manusia Kesehatan;
10. Perbekalan Kesehatan;
11. Sistem Informasi Kesehatan;
12. Teknologi Kesehatan;
13. pendanaan Kesehatan; dan
14. sumber daya lain yang diperlukan.

Pengelolaan kesehatan sebagaimana dimaksud dibuat dalam suatu sistem kesehatan nasional.

Saat ini sistem kesehatan daerah di Kabupaten Nganjuk didasarkan pada Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Dari sisi materi muatan, beberapa materi pengaturan dalam Peraturan Daerah ini tersebut saat ini terdapat ketidaksinkronan (disharmonisasi) dengan spirit pengaturan dalam peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi yang diundangkan pasca berlakunya Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tersebut. Beberapa peraturan perundang-undangan tersebut antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang yang mengubah ketentuan dalam beberapa undang-undang antara lain Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang mencabut dan menyatakan tidak berlakunya 11 UU bidang Kesehatan, yaitu:

a. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1940 tentang Ordonansi Obat Keras (Staatblads 1949 Nomor 419);
b. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
c. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedoteran;
d. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
e. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
f. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran;
g. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
h. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
i. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2015 tentang Keperawatan;
j. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan; dan
k. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan.

3. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara yang mencabut dan menyatakan tidak berlakunya Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
4. PP Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko yang selanjutnya pada tahun 2025 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku oleh PP Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis

Risiko. PP Nomor 28 Tahun 2025 ini merubah sistem dan pelayanan Perizinan Berusaha di Daerah;

5. PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang mencabut dan menyatakan tidak berlakunya 26 PP dan 5 Perpres terkait Bidang Kesehatan yang ditetapkan sejak tahun 1960 s/d tahun 2019), sebagai berikut:
   a. Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1960 Nomor 69);
   b. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 1961 tentang Penyakit Karantina (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 196l Nomor 29);
   c. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 1962 tentang Lafal Sumpah Janji Apoteker (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1962 Nomor 69);
   d. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 1963 tentang Lafal Sumpah/Janji Dokter Gigi (L,embaran Negara Republik Indonesia Tahun 1963 Nomor 54);
   e. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1966 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2803);
   f. Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktek Dokter dan Dokter Gigi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik lndonesia Nomor 3366);
   g. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular ([,embaran

Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);

h. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);

i. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik lndonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);

j. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);

k. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5197);

l. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik lndonesia Nomor 5291);

m. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 278,

Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5380);

n. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428);

o. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem lnformasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik lndonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);

p. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5559);

q. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);

r. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 369, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5643);

s. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295, Tarnbahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5777);

t. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);

u. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2017 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 303, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 617l);

v. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 173, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6391);

w. Peraturan Pemerintah Nomor 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 251, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6444);

x. Peraturan Pemerintah Nomor 2l Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 91, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6487);

y. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);

z. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2021 tentang Transplantasi Organ dan Jaringan Tubuh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6665);

aa. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2008 tentang Tata Cara Pengangkatan dan Pemberhentian Keanggotaan Konsil Kedokteran lndonesia;
bb. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
cc. Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 208);
dd. Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 98); dan
ee. Peraturan Presiden Nomor 86 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 2541).

Mendasarkan ketentuan Pasal 250 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 Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang dan kaidah pembentukan peraturan perundang-undangan sebagaimana diatur dalam UU Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana diubah terakhir dengan UU Nomor 13 Tahun 2022 beserta peraturan pelaksanaannya, maka keberdaan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah saat ini tidak relevan untuk diterapkan karena terdapat

inkonsistensi dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

Selanjutnya untuk mewujudkan produk hukum daerah termasuk Peraturan Daerah yang mengatur bidang kesehatan dalam hal ini Sistem Kesehatan daerah yang tidak bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, asas materi muatan peraturan perundang-undangan, dan putusan pengadilan, maka perlu dilakukan penyesuaian terhadap keberdaan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Penyesuaian dilakukan dengan menyusun ulang Perda baru yang mencabut dan menyatakan tidak berlakunya Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk No 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Oleh karena Peraturan Presiden mengenai Pengelolaan Kesehatan hingga saat ini belum ditetapkan, maka materi muatan Perda baru adalah merujuk pada ketentuan dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan maupun Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan sesuai dengan kewenangan daerah bidang kesehatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka perumusan masalah dalam penyusunan naskah akademik ini adalah:

1. Permasalahan apa yang dihadapi oleh Kabupaten Nganjuk berkaitan dengan Sistem Kesehatan Daerah dan bagaimana permasalahan tersebut dapat diatasi?
2. Hal-hal apakah yang menjadi dasar pertimbangan perlu diaturnya Sistem Kesehatan Daerah dalam Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk?

3. Apa yang menjadi tujuan dari disusunnya Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah?
4. Apa yang menjadi pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis dan yuridis Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah?
5. Apa sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah?

C. Maksud, Tujuan dan Target Penelitian

1. Maksud Kegiatan

   Kegiatan ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi dan menginventarisasi beberapa permasalahan yang ada terkait dengan pengaturan mengenai Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk.

2. Tujuan Kegiatan

   Tujuan yang diharapkan dari kegiatan Penyusunan Naskah Akademis Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah adalah sebagai berikut.

   a. Untuk menyiapkan rumusan konsep Rancangan Peraturan Daerah (Raperda) yang komprehensif dan dapat dipertanggungjawabkan secara filosofis, yuridis dan sosiologis, sehingga peraturan daerah yang akan diberlakukan dapat efektif dan efisien serta dapat diterima masyarakat.

b. Menghasilkan dokumen Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah yang aspiratif dan partisipatif.

3. Target Kegiatan

Target dari kegiatan Penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah adalah sebagai berikut.

a. tersusunnya naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah;
b. Rencana tindak lanjut dalam proses Pembentukan Peraturan Daerah berdasarkan Program Pembentukan Peraturan Daerah yang sudah ditetapkan.

D. Kegunaan

Kegunaan dari kegiatan Penyusunan Naskah Akademis Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah adalah sebagai dokumen resmi yang menyatu dengan konsep Rancangan Peraturan Daerah terkait.

E. Metode Penulisan

1. Metode Pendekatan

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan yuridis normatif. Yuridis normatif dimaksudkan bahwa untuk melihat permasalahan terkait pengaturan mengenai bidang kesehatan khususnya Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk ini digunakan pendekatan normatif yaitu pengkajian studi dokumen terhadap peraturan perundang-undangan dan berbagai

kebijakan-kebijakan yang berkaitan dengan pokok permasalahan yaitu yang berhubungan dengan penyelenggaraan kesehatan dan laporan hasil dari berbagai pertemuan. Di samping juga dilakukan *Focus Group Discussion (FGD)* dan konsultasi publik (*public hearing)*.

Dalam Penelitian kangkah-langkah yang dilakukan meliputi:

a. menganalisis berbagai peraturan perundang-undangan (*tinjauan legislasi)* yang berkaitan dengan Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk;
b. melakukan tinjauan akademis melalui diskusi dan melaksanakan pertemuan-pertemuan untuk mendapatkan masukan dari masyarakat dan pejabat terkait dengan Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk ;
c. merumuskan dan mengkaji persoalan krusial dalam penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah sehingga memperoleh kesepahaman diantara *stakeholder* yang kepentingannya terkait dengan substansi pengaturan dalam Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah;
d. menganalisis informasi dan aspirasi yang berkembang dari berbagai instansi/lembaga terkait dan tokoh-tokoh masyarakat *(tinjauan teknis)*, dan seluruh pihak yang berkepentingan dengan Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk; dan
e. merumuskan dan menyusun dalam bentuk deskriptif analisis serta menuangkannya dalam Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang

Sistem Kesehatan Daerah.

2. Jenis dan Sumber Data

Oleh karena penelitian ini adalah penelitian normatif, maka data yang dipergunakan dalam penelitian ini berupa data sekunder yang meliputi: bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder. Bahan hukum primer merupakan bahan hukum yang bersifat autoritif yang artinya mempunyai otoritas yang bersifat mengikat. Bahan hukum primer terdiri dari peraturan perundang-undangan, dan catatan resmi atau risalah-risalah dalam pembuatan peraturan perundang-undangan tersebut. Sedangkan bahan hukum sekunder berupa semua publikasi tentang hukum yang bukan merupakan dokumentasi resmi. Publikasi tentang hukum meliputi buku-buku teks, kamus-kamus hukum, dan jurnal-jurnal hukum (Peter Mahmud Marzuki, 2005:141). Dalam hal ini bahan hokum tersebut tentunya yang berhubungan Sistem Kesehatan Daerah.

Sebagaimana dikemukakan bahwa pendekatan penelitian ini adalah yuridis normatif maka data utama yang digunakan adalah data sekunder. Data sekunder yaitu data digunakan untuk mendukung dan melengkapi data primer yang berhubungan dengan masalah penelitian. Menurut Soerjono Soekanto (1986) data sekunder digunakan dalam penelitian meliputi tiga bahan hukum yaitu :

a. Bahan Hukum Primer

Bahan hukum primer ialah Bahan hukum primer ialah bahan hukum merupakan bahan hukum yang mempunyai otoritas yang bersifat mengikat berupa

peraturan perundang-undangan *(ius consitutum)*, misal peraturan perundang-undangan, yurisprudensi, dan perjanjian internasional. Bahan hukum primer yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
3) Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
4) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
5) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang;
6) Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Timur;
7) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
8) Peraturan Pemerintah No 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;

9) Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 tentang Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
10) Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko;
11) Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
12) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;
13) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehetan Reproduksi;
14) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan;
15) Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Nganjuk;
16) Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 6 Tahun 2024 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2025-2045;
17) Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 3 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka

Menengah Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2025-2029.

b. Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer. Adapun yang digunakan dalam penelitian ini adalah jurnal, literatur, buku, internet, laporan penelitian dan sebagainya berkaitan Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk.

c. Bahan Hukum Tersier

Bahan hukum tersier yakni bahan yang memberikan petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder (Soerjono Soekanto,1986:52). Bahan hukum tersier seperti Kamus Besar Bahasa Indonesia, Kamus Hukum, dan Ensiklopedi.

Di samping itu guna melengkapi informasi dan memperkuat kesimpulan dalam kajian ini digunakan pula data primer. Data Primer yaitu data yang diperoleh langsung dari sumber pertama. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari Pejabat yang terkait dengan Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk .

3. Metode Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang dibutuhkan dalam penelitian ini digunakan teknik pengumpulan bahan hukum dengan studi dokumen atau bahan pustaka, baik dari media cetak maupun elektronik (internet) bahan hukum yang dikumpulkan berkaitan erat dengan masalah. Kegiatan ini dilakukan dengan cara mengunjungi membaca, mengkaji dan

mempelajari bahan hukum dan pustaka yang mempunyai kaitan erat dengan pokok permasalahan.

4. Metode Analisis Data

   Teknik Analisis data dilakukan secara induktif, semua data yang ada ditafsirkan dan dijabarkan dengan mendasarkan pada teori-teori yang berlaku.

BAB II
KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoretis

1. Tinjauan Sistem Kesehatan Nasional

Secara umum Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dimaknai sebagai cara dan bentuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia. SKN bertujuan untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat dan menjamin tercapainya tujuan pembangunan Kesehatan. SKN sebagaimana telah disebutkan sebelumnya terdiri dari enam subsistem, yaitu: Upaya Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Sumberdaya Manusia Kesehatan, Obat dan perbekalan Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, dan Manajemen Kesehatan.

Sistem Kesehatan Nasional menyatakan bahwa pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan rneliputi 4 pilar yaitu upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan terutama tenaga kesehatan' Perencanaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya peneyiapan jenis, jumiah, kualifikasi, dan distribusi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan Pembangunan kesehatan. Pengadaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan Kesehatan. Pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya pemerataan dan pemanfaatan serta pengembangan sumber daya manusia Kesehatan. Pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya

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

2. Konsep dan Perkembangan SKN

Sejak cita-cita *Health for All* 2000 dicetuskan pada Deklarasi Alma Ata 1978, pembentukan dan penguatan sistem kesehatan sebuah negara menjadi salah satu strategi kunci agar cita-cita pembangunan kesehatan tercapai di samping pengembangan pelayanan kesehatan primer. Sistem kesehatan yang dimaksud adalah sebuah tatanan yang terdiri dari elemen subsistem kesehatan yang bekerja secara internal dan berinteraksi antarelemen secara dinamis untuk mencapai suatu tujuan. Namun pada saat itu belum diuraikan secara terperinci mengenai elemen-elemen subsistem kesehatan yang berperan dalam pencapaian tujuan sistem kesehatan.

> Deklarasi Alma Ata 1978 menekankan pentingnya pelayanan kesehatan primer sebagai layanan kesehatan esensial yang berdasarkan pada "metode dan teknologi yang praktis, saintifik, dan diterima secara sosial dan dapat diakses secara universal bagi individu dan keluarga". Selain itu, pelayanan kesehatan primer harus dapat dijangkau secara finansial, baik oleh komunitas untuk mengaksesnya maupun oleh negara untuk menyediakannya. Pembangunan pelayanan kesehatan primer ini harus menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari SKN yang komprehensif.

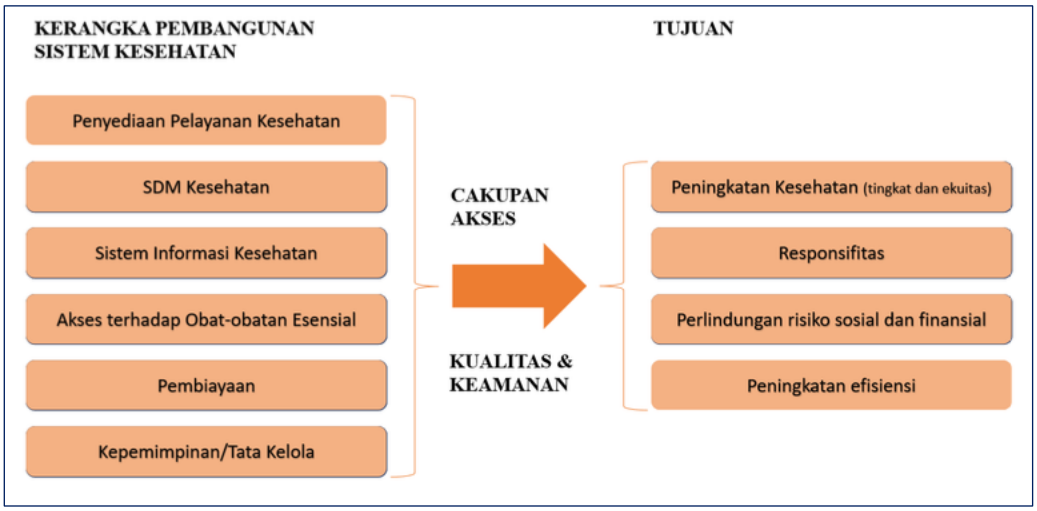
Konsep sistem kesehatan terus bergulir hingga pada tahun 2000, WHO meluncurkan *The World Health Report* 2000 yang memberikan landasan baru bagi pembangunan sistem kesehatan. Laporan ini menerbitkan indeks performa sistem kesehatan untuk mencapai tiga tujuan utamanya, yaitu kesehatan yang baik *(good health)*, responsivitas terhadap

ekspektasi masyarakat *(responsiveness to the expectations of the population),* dan keadilan kontribusi finansial *(fairness of financial contribution).* Tiga tujuan ini bergantung pada seberapa baik sebuah sistem kesehatan menjalankan fungsi vitalnya dalam empat hal, yaitu penyediaan layanan kesehatan (*service provision),* produksi sumberdaya *(resource generation),* pembiayaan *(financing)*, dan pengelolaan *(stewardship)* (WHO, 2000).

Dokumen WHO Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes menyajikan kerangka kerja yang memperbarui kerangka sistem kesehatan dengan enam elemen utama, yaitu penyediaan layanan kesehatan *(service delivery*), tenaga kesehatan *(health workforce)*, sistem informasi kesehatan *(health information system)*, akses terhadap obat-obatan esensial *(access to essential medicine)*, pembiayaan *(financing)*, dan kepemimpinan/tata kelola *(leadership/governance)*. Keenam elemen ini, yang dikenal sebagai *six building blocks* (WHO, 2007). Dalam format sistem ini, terdapat delapan tujuan sistem yang terbagi menjadi dua tataran yaitu output dan outcome. Pada tataran output, tujuan yang diharapkan adalah akses, cakupan, mutu, dan keamanan pelayanan kesehatan. Sementara pada tataran outcome, tujuan yang harus dicapai adalah peningkatan status kesehatan yang merata, responsif, perlindungan risiko finansial, serta efisiensi.

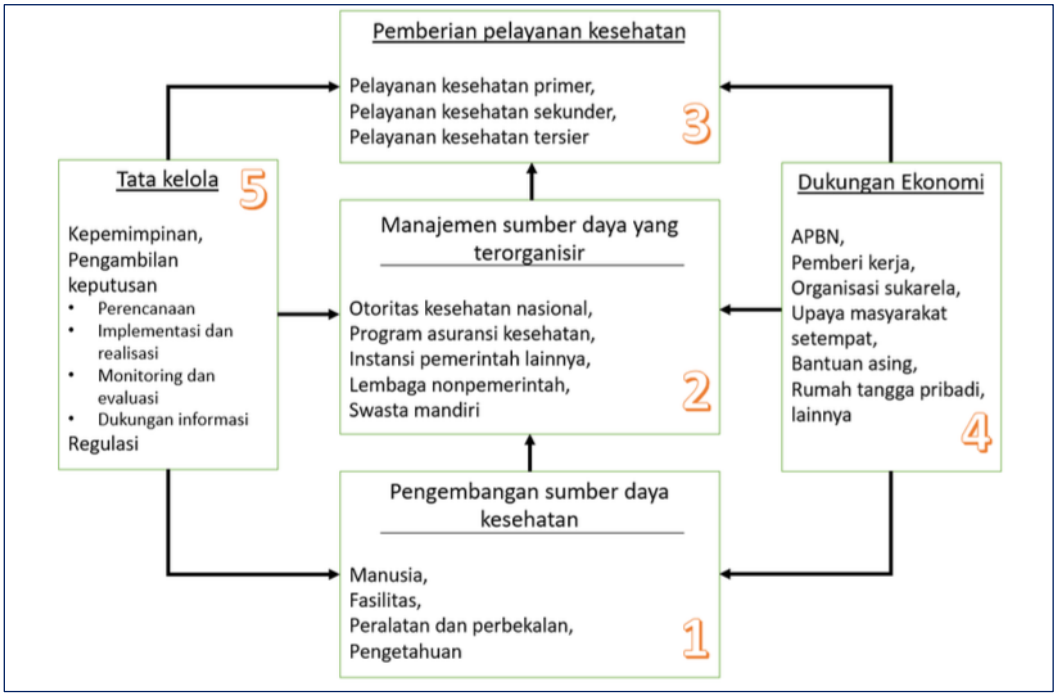
Pada hampir seluruh kondisi masyarakat, kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan lebih besar daripada sumber daya yang tersedia, sehingga diperlukan prioritisasi dalam bentuk tujuan dan indikator capaian sistem kesehatan. Sistem kesehatan di setiap negara berbeda karena dibentuk oleh sejarah, ideologi, dan berbagai kebutuhan dan kondisi lokal.

Akan tetapi pada dasarnya setiap sistem kesehatan dibentuk oleh 5 komponen dasar yaitu: 1) Pengembangan sumber daya, 2) Pengorganisasian sumber daya, 3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan, 4) Dukungan ekonomi, dan 5) Tata kelola atau manajemen (Kleczkowski et al., 1984).



Gambar: Kerangka Pembangunan Sistem Kesehatan *(Building Blocks of Health System)* Sumber: WHO (2007)

Pada tahap awal pelaksanaan sistem kesehatan diperlukan pengembangan sumber daya, baik manusia maupun fisik, untuk dapat menyediakan fungsi pelayanan kesehatan. Secara umum sumber daya kesehatan yang perlu dikembangkan mencakup (i) sumber daya manusia, (ii) infrastruktur/fasilitas kesehatan, (iii) perbekalan kesehatan, (iv) pengetahuan atau literasi kesehatan. Agar sumber daya kesehatan dapat mewujudkan peran dan fungsinya dalam kegiatan pelayanan kesehatan diperlukan pengorganisasian sumber daya. Pengaturan atau pengorganisasian sumber daya kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah, organisasi non-pemerintah, atau swasta.



Gambar: Komponen utama infrastruktur sistem kesehatan
Sumber: Kleczkowski et al., (1984)

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan berdasarkan tujuan dari jenis pelayanan diberikan seperti pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Dalam konteks SKN, umumnya lebih dikenal pembagian pelayanan kesehatan berdasarkan tingkatan kebutuhan kesehatan pada populasi yaitu pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier. Seluruh sumber daya dan mekanisme yang dijelaskan di atas memerlukan dukungan finansial dari sistem ekonomi. Kebutuhan atas pelayanan kesehatan antar individu bervariasi, tidak dapat diprediksi, serta belum tentu sesuai dengan kemampuan finansial masing-masing, diperlukan penetapan mekanisme dukungan ekonomi pada sistem kesehatan di luar sistem pasar bebas.

Peran tata kelola atau manajemen telah secara implisit digambarkan di atas. Pola tata kelola sistem kesehatan di tiap negara dapat bervariasi dipengaruhi antara lain oleh struktur

pemerintahan negara (tersentralisasi, federal, atau desentralisasi). Tiga aspek inti dalam tata kelola sistem kesehatan adalah kepemimpinan, pengambilan keputusan, dan regulasi.

Pada akhirnya, bentuk pemberian pelayanan kesehatan di sistem kesehatan negara manapun perlu memastikan adanya pelayanan kesehatan primer untuk semua warganya. Upaya preventif, promotif, peningkatan literasi kesehatan dan kemampuan untuk menjaga kesehatan secara mandiri perlu diintegrasikan pada seluruh bentuk pelayanan. Secara paralel, pelayanan kesehatan spesialistik pada fasilitas kesehatan sekunder dan tersier juga perlu diadakan dan dapat diakses. Agar tercapai hasil yang optimal diperlukan keberadaan pelayanan kesehatan primer yang dekat dengan masyarakat, diberikan oleh sumber daya yang terlatih dengan komposisi sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan kemampuan negara, dan terhubung dengan jejaring fasilitas kesehatan lainnya.

Indonesia merespons perkembangan sistem kesehatan global ini secara bertahap. Setelah terbitnya SKN 1982, SKN mengalami beberapa kali perbaikan dengan mempertimbangkan situasi nasional dan global. SKN 2004 terbit dengan mempertimbangkan perubahan dan tantangan pasca reformasi politik 1998 dan perubahan konteks pengelolaan pemerintahan setelah kebijakan desentralisasi (Kementerian Kesehatan, 2004). Pada tahun 2009 SKN diperbarui dengan memberikan penekanan pada revitalisasi layanan kesehatan primer (Kementerian Kesehatan, 2009).

Berbagai perubahan format SKN menunjukkan bahwa SKN dirancang terbuka dan adaptif, sehingga dapat diperbarui dan disesuaikan dengan perubahan lingkungan strategis.

Adapun lingkungan strategis yang dimaksud dapat berasal dari sektor kesehatan maupun non-kesehatan, dan terjadi pada tatanan global, regional, dan nasional.



Gambar: Perubahan Subsistem Kesehatan Nasional di Indonesia 2004-2012 Sumber: Kementerian Kesehatan (2004 dan 2009); Pemerintah Indonesia (2012)

3. Reformulasi Subsistem Sistem Kesehatan Nasional

Reformulasi subsistem kesehatan ini meliputi penyempurnaan katagori, nama dan lingkup sistem kesehatan untuk lebih mencerimkan sistem kesehatan baru yang lebih tangguh dan menjawab berbagai isu strategi baru.

a. Subsistem Upaya Kesehatan.
   1) Penguatan peran upaya kesehatan dalam mengatasi masalah disparitas akses ke pelayanan Kesehatan;
   2) Mampu merespon tiga evolusi permasalahan kesehatan yaitu permasalahan penyakit menular, gizi dan lingkungan; penyakit tidak menular; dan patologi sosial dan perubahan iklim.

3) Mengembalikan Puskesmas sebagai jantung upaya dan pelayanan kesehatan. Penambahan substansi untuk mendorong investasi dalam pelayanan kesehatan primer *(primary health care).*
4) Didorong untuk dapat mendukung ketahanan kesehatan dan menjadikan ketahanan kesehatan sebagai salah satu tujuan SKN.
5) Peran Puskesmas dalam pelayanan kesehatan primer.
6) Mengevaluasi dan Penyempurnaan dan Pengembangan sistem rujukan.
7) Pengembangan sistem rujukan dengan mempertimbangkan aspek-aspek antara lain:
    a) Berbasis kapasitas dan kemampuan setiap RS dengan memastikan pemenuhan standar layanan untuk setiap jenjang kompetensinya (kemampuan dan kompetensi tenaga kesehatan di setiap fasilitas fasilitasi kesehatan dalam melakukan pelayanan termasuk diagnosis, tata laksana, dan evaluasi secara akurat);
    b) Memperhatikan kondisi geografis wilayah dengan pengembangan sistem rujukan;
    c) Memastikan pelayanan kesehatan berkualitas yang dicerminkan dari responsiveness, waktu tunggu, perilaku layanan tenaga kesehatan, Tingkat cakupan sasaran, kepuasan pasien;
    d) Memastikan pembagian beban yang memenuhi prinsip equity dengan berbasis wilayah untuk menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan, efisiensi layanan, dan menurunkan antrian.
8) Upaya kesehatan mampu meningkatkan demand masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga diperlukan

agar konsep pelayanan Kesehatan terintegrasi dapat berjalan optimal. Peningkatan demand memerlukan peningkatan literasi masyarakat dan pengurangan batasan sosial, budaya, finansial, dan gender terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini memerlukan pendekatan sosial yang berbeda-beda dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

9) Pelayanan kesehatan terintegrasi menekankan bahwa pendekatan pelayanan kesehatan berbasis penyakit dan institusi kesehatan menyebabkan terjadinya fragmentasi dan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, sehingga tidak lagi sesuai untuk mengatasi tantangan kesehatan saat ini. Untuk itu diperlukan pelayanan kesehatan terintegrasi yang berorientasi pada masyarakat *(people centered)*. Pendekatan ini menempatkan masyarakat dan komunitas sebagai pusat sistem kesehatan, dan mendorong masyarakat untuk bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri ketimbang sebagai penerima pelayanan. Pendekatan ini memerlukan adanya koordinasi dan kolaborasi antar program vertikal yang ada selama ini. Penekanan pada pelayanan kesehatan primer memerlukan pendekatan yang komprehensif di tingkat dasar, tidak hanya puskesmas tetapi juga mencakup fungsi kesehatan masyarakat, pelibatan komunitas, serta kolaborasi dan aksi multipihak.

10) Pemberdayaan masyarakat. Masyarakat tidak hanya menjadi objek target pembangunan kesehatan tetapi juga menjadi subjek/ pelaku Pembangunan kesehatan. Dalam hal ini, masyarakat mampu untuk berperilaku hidup sehat, mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan

aktif dalam setiap aktivitas pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam pembangunan berwawasan kesehatan.

b. Subsistem Pengetahuan, Teknologi, dan Informasi

1) Penyesuaian terhadap tatanan yang ditetapkan oleh sistem penelitian dan pengembangan banyak mengalami perubahan dan penyesuaian antara lain dengan munculnya UU Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Iptek (Sisnas Iptek), Rencana Induk Pengembangan Industri Nasional (RIPIN), dan Perpres mengenai penataan kelembagaan riset dengan dibentuknya Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). Salah satu implikasi Perpres tentang BRIN adalah meleburnya lembaga dan unit riset (penelitian dan pengembangan) kementerian menjadi di bawah fungsi BRIN. Ke depan diperlukan penguatan riset mengenai sistem kesehatan.

2) Peningkatan hasil kemajuan riset dan teknologi di berbagai bidang yang dapat dimanfaatkan di sektor kesehatan. Perkembangan inovasi di bidang kesehatan berjalan dengan cepat tidak hanya bidang riset yang diatur dalam SKN 2012 seperti biomedis, teknologi terapan, epidemiologi klinis, humaniora dan kebijakan. Dengan berbagai kemajuan riset saat ini, kolaborasi dan kerjasama riset antar bidang sangat mempengaruhi teknologi kesehatan seperti riset bidang informasi, kecerdasan buatan, teknologi material, kimia dan biokimia, elektronik dan instrumentasi, dan penelitian bidang sosial lainnya.

3) Penguatan jaringan riset. Ruang lingkup litbang tidak lagi eksklusif sebagai bidang kesehatan tetapi berkembang pada bidang lain.

4) Penelitian dan pengembangan merupakan evolusi dalam pemutakhiran produk- produk kesehatan, manajemen dan proses atau metode delivery (pemberian layanan kesehatan) yang embedded dan tidak berdiri sendiri. Oleh karenanya penelitian dan pengembangan tidak menjadi subsistem sendiri, melainkan melekat pada komponen sistem yang ada.
5) Penelitian dan pengembangan dapat dirumuskan menjadi teknologi dan inovasi yang merupakan sebuah subsistem sendiri di luar sektor kesehatan dan dalam eksekusinya melekat pada masing-masing subsistem.
6) Produksi dan pemanfaatan strategis informasi merupakan bagian penting sistem kesehatan.
7) Dalam penyelenggaraan SIK dan upaya penguatan sistem informasi kesehatan, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan secara seksama antara lain:
    a) Penguatan landasan hukum yang memberikan autoritas kepada penyelenggara SIK, baik di pusat, daerah, dan swasta untuk berbagi data dan informasi;
    b) Perencanaan kebijakan dan program, pengorganisasian, kerjasama dan koordinasi antar sektor, monitoring dan evaluasi, serta pembinaan dan pengawasan, termasuk penyusunan sistem reward and punishment terhadap kepatuhan penyelenggaraan SIK;
    c) Penguatan ketahanan sistem informasi terhadap serangan cyber;
    d) Penguatan sumber daya data, sumber daya jaringan, perangkat lunak dan perangkat keras yang mendukung pengelolaan SIK yang aman dan akurat;

e) SIK ke depan perlu diarahkan sebagai bentuk SIK yang sederhana, mudah, langsung memberikan ke feedback ke pelaksana program dan dapat ditindaklanjuti secara cepat.

c. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

1) Dalam rumusan subfungsi pembiayaan perlu menggunakan norma-norma pembiayaan kesehatan, yaitu:
   a) Cukup;
   b) Berbasis kinerja;
   c) Efektif;
   d) Efisien;
   e) Berkeadilan;
   f) Berkelanjutan;
   g) Komprehensif;
   h) Tepat waktu; dan
   i) Transparan dan akuntabel.

   Norma-norma tersebut merupakan tujuan normative dan pedoman dalam menyelengggaran pembiayaan kesehatan.
2) Pembiayaan kesehatan juga perlu menjalankan fungsi-fungsi pembiayaan kesehatan, yaitu:
   a) menentukan apa yang akan dibiayai;
   b) menghitung kebutuhan biaya;
   c) menentukan sumber pembiayaan;
   d) menyusun anggaran;
   e) melaksanakan (ekesekusi) anggaran; dan
   f) mengevaluasi pembiayaan.
3) Fungsi dan norma tersebut perlu memperhatikan prioritas Pembangunan nasional di bidang kesehatan. Pendekatan pembiayaan dengan performance based dan result-based akan mendorong kinerja subsistem kesehatan memenuhi

layan dasar sesuai kebutuhan masyarakat. Prioritisasi dan mengacu pada tujuan (output dan outcome) yang dituangkan dalam dokumen perencanaan. Dalam konteks Indonesia, sumber daya akan selalu lebih kecil dari kebutuhan. Dalam alokasi anggaran selalu terjadi kompetisi prioritas penganggaran, sehingga tidak ada jaminan bahwa penetapan kinerja akan menjamin tersedianya alokasi anggaran. Dalam hal ini SKN perlu menekankan pentingnya penerapan public financial management yaitu bagaimana meningkatkan allocative efficiency dan technical efficiency, di samping terus berupaya menggali sumber-sumber pembiayaan baru.

4) Lima sumber pembiayaan kesehatan; yaitu pemerintah, pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat dan masyarakat itu sendiri. Sumber-sumber pembiayaan ini adalah sumber pembiayaan konvensional yang selama ini sudah dimanfaatkan. Perlu ada inovasi pembiayaan ke depan, misalnya sumber pembiayaan subsistem tata kelola dapat dibiayai oleh swasta melalui system *contracting out* yang regulasinya sudah ada tapi belum menjadi praktik yang dilakukan di sektor kesehatan.

d. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

1) Perencanaan kebutuhan SDM:

a) Perancanaan kebutuhan SDM kesehatan harus memperhatikan kebutuhan SDM kesehatan yang diutamakan pada setiap jenjang upaya kesehatan. Perencanaan kebutuhan dilakukan berdasarkan jenis, jumlah, dan kualitifikasi dengan memperhatikan tujuan pembangunan dan kecenderungan masalah kesehatan di masa depan.

Perencanaan kebutuhan ini juga harus berdasarkan pada bukti ilmiah dan didukung sistem informasi SDM kesehatan.

b) Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dimulai dengan pemetaan ketersediaan tenaga kesehatan dengan sinkronisasi berbagai metode, baik jumlah yang dihasilkan, yang bekerja, mendapatkan sertifikasi dan ijin kerja, dan yang keluar dari sistem kesehatan baik pindah maupun berhenti.

c) Perhitungan proyeksi untuk jangka panjang setidaknya sampai dengan 20 tahun ke depan secara simultan meliputi produksi, pendayagunaan, dan pengembangan jenis-jenis tenaga kesehatan baru.

d) erencanaan dan proyeksi tidak hanya dilakukan untuk tenaga medis dan kesehatan baru tetapi juga ketersediaan tenaga kesehatan non-ASN (swasta, volunter, dan lain sebagainya);

e) Metode perencanaan dan proyeksi yang digunakan tidak hanya berdasarkan rasio atau standar pelayanan tetapi memperhitungkan beban kerja petugas, kebutuhan berbasis fasilitas dan berdasarkan kebutuhan epidemiologis dengan mempertimbangkan perubahan demografi dan epidemiologi yang mempengaruhi kebutuhan pelayanan, pola utilisasi pelayanan, dan jenis pelayanan akan disediakan.

2) Produksi SDM

a) Produksi SDM kesehatan harus dilakukan oleh institusi pendidikan yang terakreditasi.

b) Lulusan pendidikan harus memiliki standar kompetensi dan standar pendidikan sesuai dengan standar internasional.

c) Penyelenggaraan produksi SDM kesehatan juga harus mengedepankan penanaman etika profesi

d) Perencanaan produksi dilakukan dengan melakukan sinergi dengan system pendidikan tenaga medis dan kesehatan dan mempertimbangkan wahana pendidikan baru (misalnya basis rumah sakit untuk tenaga spesialis).

3) Pendayagunaan SDM.

4) Pembinaan dan Pengawasan Mutu SDM.

5) Perlindungan dan Sistem Karir SDM.

6) Di samping pemerataan, kualitas termasuk di dalamnya empati dan responsivitas tenaga kesehatan juga harus dipenuhi, khususnya bagaimana sikap dan attitude tenaga kesehatan dan responsivitas pada hak dasar setiap individu untuk dilayani secara manusiawi dan terhormat *(dignity)*.

e. Subsistem Fasilitas Kesehatan, Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Entitas fasyankes seperti puskesmas, klinik, dan RS pada dasarnya merupakan sumber daya kesehatan yang mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan baik UKP maupun UKM, seperti halnya tenaga kesehatan, farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Oleh karena itu, dalam konteks pengelompokan subsistem Kesehatan nasional fasyankes perlu terpisah dari subsistem upaya Kesehatan.

a) Fasyankes Primer.

(1) Fasyankes primer merupakan fasyankes yang menjadi garis depan pelayanan kesehatan baik berkaitan dengan pelayanan UKM maupun UKP. Fasyankes primer fokus pada penyediaan layanan kesehatan dasar (bersifat non spesialistik). Bentuk fasyankes primer atau umumnya dikenal sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) antara lain Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), klinik pratama, dan tempat praktik mandiri tenaga kesehatan.

(2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas didukung perlu terus diperluas dalam bentuk jaringan Puskesmas antara lain Puskesmas Pembantu sampai di tingkat desa dan kelurahan yang dilengkapi dengan sarana, alat dan tenaga kesehatan serta kader kesehatan dilengkapi dengan kerangka kelembagaan, regulasi dan pembiayaan yang jelas.

(3) Jaringan Puskesmas tersebut juga berfungsi sebagai sarana untuk membina peran serta masyarakat dalam meningkatkan taraf hidup sehat. Pelayanan yang dilakukan yaitu pemeriksaan deteksi dini penyakit, penyuluhan, edukasi, imunisasi, pemeriksaan status gizi, dan pengobatan dasar. Selain itu, Puskesmas juga dapat memanfaatkan jejaring Puskesmas antara lain klinik swasta, Posyandu di

masyarakat maupun faskes lain di wilayah kerjanya.

b) Fasyankes Rujukan

(1) Fasyankes rujukan memberikan pelayanan kesehatan berupa Upaya kesehatan rujukan sekunder (rujukan lanjutan) dan upaya Kesehatan rujukan tersier (rujukan unggulan), baik berupa pelayanan Kesehatan perorangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat.

(2) Bentuk RS dapat berupa RS statis, RS bergerak, atau RS lapangan. RS Lapangan merupakan RS yang didirikan di lokasi tertentu dan bersifat sementara selama kondisi darurat dan masa tanggap darurat bencana, atau selama pelaksanaan kegiatan tertentu, dapat berbentuk tenda, kontainer, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai RS. Diperlukan perumusan bentuk/jenis fasyankes rujukan yang spesifik untuk daerah dengan penduduk sedikit dan daerah dengan konteks geografi khusus seperti daerah pegunungan, perairan, dan kepulauan.

(3) Sistem rujukan berbasis kompetensi sebagai penguatan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Sistem rujukan pelayanan kesehatan mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal antara fasilitas kesehatan Tingkat pertama dan lanjutan termasuk hubungan dalam proses

pemanfaatan jaminan kesehatan dalam penyelanggaraan UKP dan UKM.

c) Fasyankes Lainnya

Fasyankes lainnya antara lain Unit Transfusi Darah (UTD), Laboratorium Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Tradisional. Dengan kebutuhan yang semakin kompleks, maka pemetaan ketersediaan, perencanaan pembangunan dan standar dari UTD, Labkes dan Pelayanan Kesehatan tradisional perlu ditetapkan. Termasuk di dalamnya adalah pemetaan dan desain yang fasilitas pelayanan kesehatan rujukan terutama pada wilayah dengan kegagalan pasar (seperti daerah terpencil, tertinggal dan tidak diminati), baik yang di mililiki oleh pemerintah maupun swasta.

2) Farmasi.

a) Obat bermutu harus tersedia di fasyankes secara tepat jenis, tepat jumlah, dan tepat waktu. Perencanaan kebutuhan obat perlu mempertimbangkan pola konsumsi obat, morbiditas, dan perhitungan efisiensi dan efektivitas pembiayaannya. Selain itu, diperlukan sistem pengadaan obat yang lebih fleksibel dimana harga obat tetap terjangkau dan dapat disediakan oleh beberapa penyedia.

b) Sistem pengawasan obat yang komprehensif diperlukan baik saat pre-market (sebelum beredar) dan post market (setelah beredar). Pengawasan pre-market dilakukan sejak proses pemasukan/impor BBO, produksi (CPOB/CPOTB/CPKB/CPPOB),

registrasi, hingga obat memiliki nomor izin edar (NIE). Pengawasan post-market antara lain adalah inspeksi sarana produksi, sarana distribusi, dan sarana pelayanan. Selain itu mencakup monitoring iklan dan promosi, cega tangkal dan penindakan. Saat ini pengawasan baru berfokus pada obat dengan NIE di sarana yang telah teregulasi. Ke depan, hal ini perlu diperkuat dengan mencakup obat tanpa NIE dan sarana yang berlum teregulasi termasuk sarana peredaran online. Penguatan sistem farmakovigilans dan penatagunaan antimikroba juga diperlukan untuk penguatan sistem pengawasan obat.

3) Makanan/Pangan

a) Sistem pengawasan pangan asal hewan, tumbuhan, dan perikanan baik segar maupun olahan (siap saji dan kemasan) perlu diperkuat baik pada saat pre-market maupun post-market. Saat ini pengawasan post-market baru berfokus pada pangan dengan NIE di sarana yang telah teregulasi. Ke depan, hal ini perlu diperkuat dengan mencakup pangan tanpa NIE dan sarana yang berlum teregulasi termasuk sarana peredaran online.

b) Perlu dibentuk kerangka kelembagaan sistem pengawasan pangan dengan mekanisme koordinasi yang efektif mengimplementasikan sistem surveilans pangan yang komprehensif dan manajemen KLB pangan yang efektif.

c) Beberapa isu strategis yang berpotensi menjadi tantangan ke depan dalam keamanan pangan adalah perubahan iklim, pendekatan one-health, resistensi

antimikroba, perkembangan teknologi baru untuk proses produksi pangan, perkembangan jenis kontaminan baru, perkembangan sumber-sumber pangan baru, dan perkembangan perdagangan internasional.

f. Subsistem Tata Kelola.

1) Tata kelola menjadi subsistem tersendiri untuk menekankan pentingnya tata Kelola implementasi SKN agar operasional di lapangan.

2) Hal baru yang perlu dipertimbangkan dalam rumusan subsistem tatakelola tersebut, yaitu:

a) Penyusunan kebijakan yang terdiri dari regulasi dan perencanaan,

b) Tata kelola berorientasi tujuan (objective oriented management),

c) Proses administrasi/manajemen dalam konteks desentralisasi,

d) Tata kelola intervensi pelayanan Kesehatan,

e) SKN dan Sistem Kesehatan Daerah;

f) Restrukturisasi dan tata kelola desentralisasi kesehatan; dan

g) Tata kelola hubungan antar subsistem dan advokasi dan hubungan dengan sistem lain.

3) Tata kelola intervensi pelayanan

Kesehatan Kerangka kerja WHO 2016 terkait pelayanan kesehatan terintegrasi menekankan bahwa pendekatan pelayanan kesehatan berbasis penyakit dan institusi kesehatan menyebabkan terjadinya fragmentasi dan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan, sehingga tidak lagi sesuai untuk mengatasi tantangan kesehatan saat ini. Upaya promotif dan preventif yang menjadi bagian dari pelayanan kesehatan primer harus terintegrasi dengan upaya kuratif, rehabilitatif, dan paliatif, unsur edukasi

dalam upaya promotif juga harus mempromosikan pentingnya menjaga kesehatan *(self care)*. Pelayanan primer harus mudah dijangkau oleh masyarakat, dan memiliki pola hubungan fungsional dengan pelayanan sekunder dan tersier berbasis masing-masing wilayah agar pelayanan kesehatan secara komprehensif menghasilkan pelayanan yang berkualitas dan responsif.

4) Sistem Kesehatan Daerah

Pengaturan untuk menugaskan pemerintah daerah menyusun sistem Kesehatan yang menyesuaikan dengan kebutuhan kesehatan di daerah. Di daerah perkotaan dengan jumlah FKTP yang adekuat, Puskesmas dapat lebih fokus dalam menjalankan fungsi dan aktivitas UKM. Aktivitas UKP dapat diselenggarakan oleh FKTP, baik milik swasta maupun pemerintah. Namun, penyelenggaraan layanan kesehatan seperti ini memerlukan pengaturan lebih detail. Hubungan antara FKTP pemerintah dan swasta di bawah koordinasi Dinas Kesehatan dan Puskesmas harus diuraikan secara jelas dalam satu kesatuan sistem.

Delapan elemen tujuan program kesehatan harus ditentukan oleh daerah. Penentuan tujuan berupa indikator-indikator kinerja pembangunan Kesehatan selama ini ditentukan oleh daerah dalam dokumen RPJMD dan Renstra Kesehatan. Demikian juga fungsi pimpinan (manajer) pengelolaan subsistem di daerah tidak mungkin dilaksanakan oleh pemerintah pusat.

Dari uraian di atas, terdapat alasan kuat perlunya disusun dan ditetapkan sebuah SKD (Sistem Kesehatan Daerah) dengan:

a) Format dan struktur yang sama dengan SKN.
b) Penentuan tujuan, kepemimpinan dan penyusunan substansi setiap subsistem SKD bersifat “local specific”, namun sinkron dengan target-target SKN (Tingkat nasional)
c) Kebijakan umum tentang setiap subsistem SKD juga harus sinkron dengan SKN
d) Pusat dan Provinsi melakukan “binwasdal” kepada daerah mengenai semua elemen SKD (tujuan dan pengelolaan subsistem SKD)

e) Provinsi memantau kinerja SKD seseuai dengan Pasal 68 UU 23/2014 tentang Pemerintah Daerah terkait tugas Gubernur memantau dan menilai kinerja daerah.

5) Penguatan fungsi pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota

a) Fungsi pemerintah pusat (kementerian kesehatan) adalah steering dan rowing. Pemerintah pusat harus menetapkan regulasi teknis, menyusun NSPK, mengembangkan program pembinaan, pengawasan, dan pengendalian yang sistematik sampai tingkat provinsi secara eksplisit;

b) Fungsi pemerintah provinsi (dinas kesehatan provinsi) adalah eksekutor serta perpanjangan tangan pemerintah pusat. Maka, provinsi harus dapat Menyusun perencanaan dan anggaran program di wilayah kerjanya serta Menyusun program pembinaan, pengawasan, dan pengendalian yang sistematik untuk seluruh kabupaten/kota di dalam provinsi;

c) Fungsi pemerintah kabupaten/kota (dinas kesehatan kabupaten) adalah eksekutor yang menjalankan fungsi desentralisasi sepenuhnya. Dinas kesehatan harus mampu penyusun perencanaan dan anggaran program di wilayah kerjanya untuk menjamin seluruh kewenangan yang dilimpahkannya dapat terlaksana. Dinas kesehatan juga harus bertanggung jawab atas pelaksanaan seluruh UPT di wilayah kerjanya dengan melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian dari desa, kecamatan, sampai kabupaten/kota;

d) Pengaturan pembagian kewenangan di atas diikuti dengan pengaturan tata kelola organisasi antara

kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi, Dinas Kesehatan kab/kota, lembaga vertikal, dan UPT harus dijelaskan secara detail sebagai penerjemahan dari PP No. 18/2016. Dalam hal pelaksanaan fungsi dekonsentrasi di provinsi, Kementerian Kesehatan dapat menempatkan petugas kementerian kesehatan untuk bertugas di kantor pemerintahan/dinas kesehatan provinsi sebagai wakil pemerintah pusat sehingga tugas dekonsentrasi ini dilaksanakan oleh staf Kementerian kesehatan di provinsi sedangkan staf dinas kesehatan provinsi fokus pada pelaksanaan program/upaya yang dilimpahkan kepadanya.

e) Pengaturan standar kapasitas yang harus dimiliki oleh kepala dinas Kesehatan beserta jajarannya dan pimpinan UPT. Misalnya dinas kesehatan sebagai Pembina UPT, termasuk rumah sakit, harus memiliki pemahaman mengenai manajemen dan administrasi rumah sakit seperti manajemen keuangan rumah sakit. Hal ini penting untuk menghindari adanya penetapan kepala dinas kesehatan yang tidak memiliki latar belakang kesehatan dan hanya dipengaruhi pertimbangan politik.

6) Restrukturisasi pembagian kewenangan kesehatan antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota dalam hal:

a) Kondisi tertentu diperlukan upaya untuk memastikan terlaksananya pembangunan kesehatan yang memerlukan restrukturisasi kewenangan, missal pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di

seluruh wilayah Indonesia, proporsi kewenangan pusat diperbesar.

b) Kondisi kedaruratan kesehatan, perlu terdapat mekanisme khusus untuk pembagian kewenangan di bidang kesehatan, sehingga pengambilan keputusan lebih cepat.

c) Kebijakan afirmatif pada provinsi atau kabupaten/kota yang tidak memiliki kapasitas dalam menyelenggaran urusan pemerintahan yang didesentralisasikan.

7) Tata Kelola hubungan antar subsistem dan hubungan dengan sistem lain

Penyelenggaraan SKN perlu memperhatikan dinamika sosial budaya, agama, politik, ekonomi, keuangan, pendidikan, aparatur dan birokrasi, keamanan, pangan dan pertanian, lingkungan, dan infrastruktur yang mempengaruhi pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, tata kelola SKN perlu berperan dalam mengatur hubungan antar subsistem dan hubungan dengan sistem lain antara lain:

a) Membangun mekanisme koordinasi baik dalam perencaanan, pemantauan dan evalusi penyelenggaran yang melibatkan berbagai subsistem strategis berdasarkan intervensi atau program utama

b) Membangun sistem kelembagaan yang dapat mengkoordinasikan sinergi dan menjamin langkah gerak setiap upaya dalam subsistem untuk pencapaian tujuan bersama sistem Kesehatan

c) Mengembangkan sistem informasi sebagai kelengkapan utama koordinasi antar subsistem.

g. Subsistem Peran Serta Masyarakat

1) Nomenklatur subsistem diubah menjadi peran serta masyarakat agar dapat menekankan bahwa adanya

aspirasi sebagai individu untuk hidup sehat dan juga individu sebagai produsen kesehatan.

a) Peran serta masyarakat juga tidak hanya dibatasi pada pelaksanaan Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), namun juga pendanaan terhadap upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, advokasi lintas sektor, dan perbaikan elemen determinan sosial di masyarakat.

b) Peran pemerintah desa dan masyarakat diperlukan dalam menjamin kesinambungan pelaksanaan UKBM, termasuk di dalamnya dukungan untuk pengerahan kader kesehatan.

c) Masyarakat dalam arti luas juga mencakup swasta dan organisasi Masyarakat yang menempatkan masyarakat sebagai target utama penerima manfaat. Swasta dan organisasi masyarakat dapat berperan sebagai penyedia pelayanan kesehatan (RS dan klinik) dan penggerakan masyarakat termasuk dalam hal perubahan perilaku dimana masyarakat sebagai target utama penerima manfaat.

2) Strategi dan aksi untuk mendorong upaya kesehatan menjadi lebih ke hulu:

a) Enable, yaitu memberikan kesempatan dan sumber daya yang merata kepada semua segmen masyarakat, sehingga masyarakat mampu mewujudkan kesehatan. Ini termasuk misalnya akses pada informasi, memberikan *"life skill"* dan kesempatan menentukan pilihan bagaimana memelihara dan membangun kesehatan. Kesempatan, informasi dan *life skill* tersebut harus

diberikan secara adil kepada kaum perempuan dan laki-laki.

b) Mediasi, yaitu upaya mengkoordinasikan seluruh aksi dari berbagai pihak (pemerintah, lintas sektor, komunitas, organisasi lokal, industri, serta media) untuk mencapai tujuan bersama membangun kesehatan masyarakat.

c) Advokasi, yaitu upaya untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari berbagai pihak agar tercipta lingkungan sosial, ekonomi, politik, budaya, dan perilaku yang berpengaruh pada peningkatan status kesehatan Intinya adalah membuat kebijakan dan kegiata semua sector dan semua fihak mempertimbangkan kesehatan *(health in all policy).*

3) Ketiga strategi tersebut dilaksanakan dalam lima kegiatan:

a) Membangun kapasitas individu *(Develop personal skills)*

b) Memperkuat aksi komunitas *(Strengthen community action)*

c) Membentuk lingkungan yang suportif *(Create supportive environment)*

d) Menetapkan kebijakan berwawasan kesehatan *(Build healthy public policy)*; dan

e) Reorientasi pelayanan kesehatan *(Reorient health services).*

4) Peran serta pada dasarnya membuka peluang seluas-luasnya kepada Masyarakat untuk ikut serta dan menentukan perannya dalam:

a) UKM dan UKP,

b) menyediakan fasilitas untuk UKM dan UKP,
c) penyediaan SDM kesehatan,
d) penyediaan farmasi/alkes,
e) penyediaan pembiayaan kesehatan baik berupa iuran asuransi maupun OOP dan
f) memberikan data/infomasi berkaitan dengan kesehatan, misalnya dalam kegiatan surveillans berbasis masyarakat.

5) Pemberdayaan masyarakat adalah kegiataan berupa:
   a) pembinaan kemampuan atau kompetensi masyarakat dibidang kesehatan, misalnya pembinaan kader kesehatan,
   b) bantuan finansial dan fisik kepada masyarakat untuk kegiatan kesehatan,
   c) pendampingan bagi masyarakat dalam kegiatan kesehatan. Semua itu bisa dilakukan oleh institusi pemerintah (Puskesmas, Dinas Kesehatan, RSU) dan/atau institusi sosial kemasyarakatan, atau institusi korporasi swasta.

6) Dinas Kesehatan dan Puskesmas adalah ujung tombak pelaksanaan subsistem peranserta/pemberdayaan masyarakat. Sebabnya karena desain dan bentuk kegiatan peran serta dan pemberdayaan masyarakat harus responsif pada budaya setempat (cultural bound) dan Dinkes bersama Puskesmas cukup dekat dengaan masyarakat. Dengan demikian subfungsi peran serta dan pemberdayaan masyarakat akan beragam mengikuti ragam konteks daerah yang sangat banyak. Peran serta dan pemberdayaan masyarakat dengan demikian terhindar dari fallacy *"one fit all"* model.

4. Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (PPSDM Kesehatan)

Sebagaimana diketahui bahwa sasaran pokok pada pembangunan kesehatan pada RPJMN 2020-2024 adalah :

a. Peningkatan Kesehatan Ibu Anak, KB dan Kesehatan Reproduksi;
b. Percepatan Perbaikan Gizi;
c. Peningkatan Pengendalian Penyakit;
d. Pembudayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas); dan
e. Penguatan Sistem Kesehatan Pengawasan Obat dan Makanan.

Untuk mewujudkan sasaran tersebut diperlukan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (PPSDM Kesehatan). PPSDM Kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan dan program sumber daya manusia yang diperlukan, pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannnya, dan pembinaan serta pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

PPSDM Kesehatan dilakukan dalam upaya pemenuhan SDM kesehatan di era pelayanan kesehatan semesta harus mencakup pada empat faktor yaitu: ketersediaan jumlah dan jenis SDM Kesehatan, pemerataan SDM Kesehatan, kompetensi/kualitas SDM Kesehatan dan Kinerja SDM Kesehatan. Kondisi saat ini dalam upaya memenuhi SDM Kesehatan masih ditemukan gap pada ke empat indikator SDM Kesehatan tersebut sehingga banyak yang harus dilakukan

dengan fokus pada percepatan pemenuhan SDM Kesehatan agar akses masyarakat pada SDM Kesehatan lebih terjangkau lagi sehingga pencapaian pelayanan kesehatan semesta bisa cepat direalisasikan. Untuk memperkecil gap tersebut, diperlukan upaya-upaya pemenuhan, misalnya pada ketersediaan SDM Kesehatan maka diperlukan perencanaan dan investasi yang adequate (memadai) dengan mempertimbangkan kondisi wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

Pendekatan yang dilakukan harus didasarkan pada spesifik karakteristik kewilayahan sehingga perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan harus menggunakan cara yang berbeda, apakah dengan ratio penduduk, berbasis Fasyankes ataupun metoda spesifik bagi daerah pegunungan dan kepulauan yang sebaran penduduknya tidak terkonsentrasi. Sedangkan pada gap distribusi, diperlukan pengembangan sistem insentif yang mengakibatkan meningkatnya retensi SDM kesehatan di daerah yang tidak diminati seperti DTPK atau di daerah bermasalah kesehatan, dan untuk derah tertentu bisa dengan pendekatan redistribusi. Untuk memperkecil gap kompetensi SDM Kesehatan diperlukan Pendidikan dan pelathan baik *pre service* atau *in service*, pembinaan dan pengawasan, pemberian tugas belajar dan fellowship kepada SDM Kesehatan agar bisa selaras dengan peningkatan tuntutan masyarakat akan akses pada pelayanan kesehatan yang bermutu.

Indikator SDM Kesehatan, Kinerja SDMK terdapat gap produktifitas pelayanan Kesehatan, maka untuk memperkecil gap tersebut perlu insentif yang layak, system jenjang karir yang layak, dan diterapkannya sistem merit sehingga

produktifitas pada kinerja SDM baik dan Masyarakat akan mendapatkanpelayanan kesehatan yang baik, sesuai prosedur, dan paripurna.

Pengaturan PPSDM Kesehatan menjadi tanggungjawab Pemerintah. PPSDM Kesehatan tenaga kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan dan mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Selanjutnya 4 pilar pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan tersebut adalah sebagai berikut:

a. **Perencanaan Tenaga Kesehatan**.

   Penyusunan rencana kebutuhan dilakukan dengan memperhatikan keseimbangan antara tenaga kesehatan yang tersedia dengan kebutuhan pelayanan kesehatan di setiap kabupaten/kota dan antar kabupaten/kota. Perencanaan tenaga kesehatan selama ini mengacu pada: Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit.

b. Pengadaan Tenaga Kesehatan

   Sesuai dengan sistem Kesehatan Nasional yang mengatur sumber daya manusia kesehatan sebagai sub sistem, bahwa pengadaan sumber daya manusia kesehatan adalah upaya yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sunrber daya rrranusia kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan, yang meliputi oengaturan:

1) standar pendidikan tenaga kesehatan mengacu kepada stanciar kompetensi dan standar pelayanan serta perlu didukung oleh etika profesi;
2) standar pelatihan sumber caya manusia kesehatarr mengacu kepada standar kompetensi dan standar pelayanan serta perlu didukung oleh etika profesi.
3) Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi dan Masyarakat menetapkan standar kompetensi dan standar pendidikan yang berlaku secara nasional.
4) Pemerintah bertanggung jawab mengatur pendirian institusi Pendidikan dan pembukaan program pendidikan tenaga kesehatan yang dibutuhkan daiam pembangunan kesehatan.
5) Pendirian institusi pendidikan dan pembukaan program Pendidikan ditekankan untuk menghasilkan lulusan ienaga kesehatan yang bermutu dan dapat bersaing secara global dengan memperhatikan keseimbangan antara kebutuhan, ctinamika pasar baik di dalam maupun di luar negeri, dan kemampuan produksi tenaga kesehatan dengan yanq sudah ada.
6) Pemerintah dengan melibatkan organisasi profesi membentuk badan regulator profesi yang bertugas menyusun berbagai peraturan persyaratan, menentukan konnpetensi umum, prosedur penetapan kompetensi khusus tenaga kesehatan, serta menentukan sertifikasi insiitusi pendidikan dan pelatihan profesi.
7) Kompetensi tenaga kesehatan harus setara dengan kompetensi tenaga kesehatan di dunia internasional,

sehingga registrasi tenaga Kesehatan lulusan dalam negeri dapat diakui di dunia internasional.

8) Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus memenuhi akreditasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Institusi/fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi wajib mendukung penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan.

9) Penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan harus responsif gender yang berorientasi kepada kepentingan peserta didik *(student centered)*.

c. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan

Pendayagunaan tenaga kesehatan dilakukan cara-cara sebagai berikut:

1) Pemerataan tenaga kesehatan

Dengan memperhatikan aspek kemampuan ekonomi pemerintah daerah dan masyarakatnya, maka jenis tenaga kesehatan yang diutamakan dalam pelaksanaan pendistribusian adalah sebagai berikut:

a) Pemerintah daerah dengan kernampuan ekonomi baik-masyarakat dengan kemampuan ekonomi baik.

Distribusi tenaga dokter spesialis menjadi prioritas utama dengan mitra spesialis (perawat dan tenaga kesehatan lain dengan kompetensi sesuai kebutuhan) sebagai tenaga pendukung. Hal ini dimungkinkan mengingat ciaerah ini, tidak terkendala dengan pembiayaan kesehatan. Pada daerah ini distribusidoKer umum dan dokter gigi menjadi prioritas selanjutnya. Tenaga kesehatan

lainnya yang dibutuhkan oleh daerah ini terutama tenaga yang memiliki kompetensi dalam menangani penyaklt degeneratif dan penyakit tidak menular lainnya. Khusus untuk tenaga sanitarian diharapkan memiliki kompetensi dalam menangani lingkungan termasuk sanitasi tempat-tempat umum seperti hotel, restoran, tempat-tempat pariwisata dan lain-lain. Penempatan tenaga kesehatan kuratif diprioritaskan di Rumah Sakit dan klinik swasta. Sedangkan tenaga kesehatan dengan kompetensi upaya kesehatan promotif dan preventif ditempatkan utamanya di Puskesmas yang lebih berfungsi menangani masalah-masalah kesehatan masyarakat *(public health)*

b) Pemerintah daerah dengan kemampuan ekonomi baik-masyarakat dengan kemampuan ekonomi kurang

Untuk daerah dengan kondisi ini, maka prioritas utama pendistribusian adalah dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, sanitarian serta doKer spesialis 4 dasar (spesialis kebidanan, anak, penyakit dalam dan bedah) dan spesialis 4 penunjang (spesialis patologi klinik, radiologi, anestesi, dan rehabilitasi medik). Tenaga kesehatan yang dibutuhkan oleh daerah ini terutama tenaga yang memiliki kcmpetensi dalam menangani kasus malnutrisi, dan penyakit !nfeksi. Khusus untuk kompetensi tenaga sanitarian diharapkan memiliki kemampuan dalam surveilance, pengelolaan pemukiman, pengelolaan air bersih, jamban keluarga dan lain-

lain. Dengan demikian, pendistribusian tenaga kesehatan pada daerah ini diprioritaskan pada tenaga kesehatan kuratif baik untuk Puskesmas maupun Rumah sakit.

c) Pemerintah daerah dengan kemampuan ekonomi kurang-masyarakat dengan kemampuan ekonomi kurang.

   Jenis, kompetensi dan penempatan tenaga kesehatan yang akan didistribusikan untuk daerah ini sama dengan jenis, kompetensi dan penempatan tenaga kesehatan untuk daerah pemerintah dengan kemampuan ekonomi baik-masyarakat dengan kemampuan ekonomi kurang. Perbedaan antara kedua daerah ini hanya terletak pada pembagian peran, fungsi, tanggung jawab dan kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah.

d) Pemerintah daerah dengan kemampuan ekonomi kurang-masyarakat dengan kemampuan ekonomi baik.

   Menglngat masyarakat merupakan sasaran utama dari pelayanan kesehatan, maka jenis, kompetensi dan penempatan tenaga kesehatan yang akan didistribusikan untuk daerah ini sama dengan jenis, kompetensi dan penempatan tenaga kesehatan untuk daerah pemerintah dengan kemampuan ekonomi baik-masyarakat dengan kemampuan ekonomi baik. Perbedaan antara kedua daerah ini hanya terletak pada pembagian peran, fungsi tanggung jawab dan kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah. Peran aktif

masyarakat dalam pelayanan kesehatan di daerah ini dapat ditingkatkan.

Dalam upaya pemerataan, rekrutmen tenaga kesehatan untuk dldayagunakan sebagai pegawai pemerintah dapat dimulai sejak masih dalam masa pendidikan. Bagi tenaga kesehatan yang direkrut sejak masa pendidlkan, dapat diberikan beasiswa sampai lulus dan selanjutnya ditempatkan sesuai dengan kebutuhan program. Bagi tenaga kesehatan yang telah diangkat sebagai pegawai dan mendapat beasiswa, wajib melaksanakan penugasan pasca tugas belajar sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hal ini perlu dilakukan untuk memenuhi-kebutuhan tenaga kesehatan di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, rawan bencana dan konflik serta daerah yang tidak diminati.

2) Pemanfaatan tenaga kesehatan

Dengan memperhatikan aspek kemampuan ekonom pemerintah daerah dan masyarakatnya, maka upaya yang dilaksanakan dalam pemanfaatan tenaga kesehatan adalah sebagai berikut:

a) Pemenntah daerah dengan kemampuan ekonomi baik-Masyarakat dengan kemampuan ekonomi baik Pada daerah dengan kondisi ini, upaya pemanfaatan tenaga kesehatan adalah melalui penataan regulasi antara lain: a) kemudahan/kejelasan pemberian ijin praktek; b) pengaturan tarif jasa pelayanan; c) pengaturan standarjasa peiayanan.

Dalam hubungan ini maka sistem pembiayaan kesehatan perlu dikembangkan dan dimantapkan.

b) Pemerintah daerah dengan kemampuan ekonomi baik- Masyarakat dengan kemampuan ekonomi kurang.

Pemanfaatan tenaga kesehatan di daerah yang berada pada kodisi ini adalah pengembangan model insentif antara lain: 1) penyediaan fasilitas bagi tenaga kesehatan yang ditugaskan (perumahan, kendaraan, fasilitas komunikasi dan lain-lain); 2) sistem remunerasi yang memadai; 3) penyediaan biava pendidikan dan pelatihan; 4) pengembangan karir yang jelas.

Pengembangan rnodel insentif ini tentunya harus didasari pada rasa keadilan, dengan menrperhatikan beban kerja, reslko kerja dan kondisi wilayah.

c) Pemerintah daerah dengan kemampuan ekonomi kurang masyarakat dengan kemampuan ekonomi kurang

Pemanfaatan tenaga kesehatan di daerah dengan kondisi ini memerlukan peran yang rebih besar dari pemerintah, tetapi peran pemerintah daerah masih diperlukan. pemanfaatan yang dibutuhkan pada daerah ini antara lain: 1) penugasan khusus bagi tenaga kesehatan yang dibutuhkan; 2) penugasan internsip dokter. dan pasca internsip; 3) penempatan tenaga kesehatan dengan sistem PTT; 4) penugasan melalui kontrak kerja dengan pihak ketiga untuk jenis pelayanan terterrtu; 5)

pemanfaatan tenaga Kesehatan dengan *skill mix* atau *previlleginy*.

d) Pemerintah Daerah dengan kemampuan ekonomi kurang masyarakat dengan kemampuan ekonomi baik.

Pada daerah dengan kondisi ini, upaya pernanfaatan tenaga kesehatan adarah merarui pengembangan moder kemandirian antara lain: a) pengennbangan program *home care;* b) pengembangan program pelayanan kesehatan promotif dan preventif di institusi/lembaga milik pemerintah maupun swasta.

3) Pengembangan tenaga kesehatan

Pelaksanaan pengembangan tenaga kesehatan dapat dilakukan sebagai berikut:

a) Tenaga dokter

Bagi tenaga dokter yang baru lulus program pendidikan dokter berbasis kompetensi yang akan menjalankan praktik kedokteran dan/atau nnengikuti pendidikan dokter spesialis harus mengikuti prcgram internsip dokter. Program internsip terdiri dari Program Internsip Ikatan Dinas dan Program Internsip Mandiri.

Pengaturan dokter setelah menyelesaikan Program Internsip (pasca Internsip) adalah sebagai berikut:

(1) Dokter peserta Program Intersip Ikatan Dinas wajb melaksanakan juga pasca internsip meialui penempatan di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah yang ditetapkan oieh Menteri, terutama di daerah terpencil, tertinggal,

perbalasan, dan Kepulauan (DTPK) serta daerah bermasalah Kesehatan (DBK). Penempatan dckter pasca program Intersip dilaksanakan setama 1 (satu) tahun dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Penempatan di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dapat menjadi pegawai negeri sipil (PNS) atau tenaga fungsional kontrak Pemerintah.

(2) Dokter peserta program Internsip Mandiri tidak memiliki kewajiban untuk penugasan pasca lnternsip pada fasilitas pelayanan keschatan setelah menyelesaikan program internsip;

Setelah menyelesaikan Program Internsip dan penugasan Pasca Internsip, tenaga dokter dapat mengembangkan karir baik di lingkungan Pemerintah atau swasta.

(1) Pengembangan di lingkungan Pemerlntah. Pengembangan tenaga dokter di lingkungan pemerintah dapat diangkat menjadi PNS. Sebagai pegawai pemerintah, rnereka dapat bekerja di: 1) fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah; 2) Dinas Kesehatan Propinsi ataupun Kabupaten/Kota; 3) Kementerian/Lembaga. selanjutnya mereka dapat mengembangkan karir melalui program tugas belajar Dimana setelah mengikuti program, mereka diwajibkan untuk mengabdikan dirisesuai dengan ketentuan yang berlaku.

(2) Di luar lingkungan Pemerintah (non PNS), Pengembangan karir tenaga dokter dapat menjadi: (1) Tenaga fungsional Pegawai Tidak Tetap. Kontrak dapat dilakanakan sebagai berikut: 1) kontrak dimuka jangka panjang (2-3 tahun); 2) kontrak dimuka jangka menengah (1-2 tahun); dan kontrak jangka pendek (6 bulan-1 tahun). Bagi mereka yang memilih untuk mengikuti PTT jangka panjang akan mendapatkan remunerasi yang jauh lebih tinggi dari mereka yang mengikuti program kontrak jangka menengah dan pendek. (2) Tenaga fungsional maupun manajerial di Lembaga swasta/BUMN, (3) Praktik mandiri. (4) langsung melanjutkan pendidikan; (5) sektor non kesehatan.

b) Tenaga kesehatan lain

Bagi tenaga kesehatan lain yang baru lulus, dapat didayagunakan sebagai pegawai pemerintah maupun pegawai swasta.

(1) Tenaga kesehatan sebagai pegawai pemerintah, tenaga kesehatan lainnya dapat memulai karirnya di:

(a) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah;

(b) Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/ Kota;

(c) Kementerian/Lembaga.

Selanjutnya tenaga kesehatan lainnya dapat mengembangkan diri melalui program tugas belajar. Pasca mengikuti tugas belajar, tenaga

kesehatan lainnya wajib mengabdikan diri sesuai ketentuan yang berlaku.

(2) Tenaga kesehatan di luar lingkungan pemerintah (non PNS), Pengembangan karirnya dapat menjadi:

(a) Tenaga fungsional kontrak pemerintah. Kontrak dapat dilaksanakan sebagai berikut: 1) kontrak di muka jangka panjang (2-3 tahun); 2) kontrak dimuka jangka menengah (1-2 tahun); dan kontrak jangka pendek (6 bulan-1 tahun). Bagl mereka yang memilih untuk mengikuti program kontrak di muka jangka panjang akan mendapatkan remunerasi yang jauh lebih tinggi dari mereka yang rnengikuti program kontrak jangka menengah dan pendek.

(b) Tenaga fungsional maupun manajeriai di lembaga swasta/BUMN;

(c) Praktik mandiri;

(d) langsung melanjutkan pendidikan;

(e) sektor non kesehalan.

Pengembangan tenaga kesehatan baik di sektor pemerintah maupun swasta, harus memperhatikan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI).

Dalam pengembangan tenaga kesehatan perlu pula diperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1) Pengembangan tenaga kesehatan ciapat melalui mobilitas karir *(career mobility). Career mobility* dapat secara vertikal (kenaikan jabatan) maupun secara

horizontal (mutasi tenaga kesehatan dari daerah terpencil ke daerah biasa).

2) Pengembangan tenaga kesehatan melatui peningkatan gaji *(salary scale)* maupun pola pensiun *(pension scheme)* perlu mendapat perhatian khusus terutama bagi sektor swasta yang mendayagunakan tenaga kesehatan baik sebagai tenaga tetap maupun sebagai tenaga kontrak.
3) selain pengembangan melalui tugas berajar, perlu diperhatikan pula pengembangan melalui pelatihan berkesinambungan termasuk *Continuing Professional Development (CPD)*, agar pendayagunaan tenaga kesehatan dapat sesuai dengan kebutulan pelayanan serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

d. Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga Kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan meliputi: 1) jaminan mutu tenaga kesehatan melalui registrasi, sertifikasi, dan lisensi; 2) pemenuhan hak-hak dan perlindungan tenaga kesehatan seperti remunerasi serta jaminan keamanan dan keselamatan kerja; 3) pengembangan karir melalui penilalan kinerja, pendidikan dan pelatihan; 4) bimbingan teknis dan supervisi.

5. Politik Hukum Undang-Undang Kesehatan

Sebelum berlakunya Undang-Undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, undang-undang yang mengatur mengenai Kesehatan adalah Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Pembentukan Undang-Undang No.

17 tahun 2023 tentang Kesehatan didasarkan pada 5 landasan atau pertimbangan, yaitu:

1) Prinsip bahwa negara menjamin hak setiap warga negara untuk mewujudkan kehidupan yang baik, sehat, serta Sejahtera lahir dan batin demi tercapainya tujuan nasional dalam melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia untuk memajukan kesejahteraan umum sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2) bahwa pembangunan kesehatan Masyarakat memerlukaa 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;
3) bahwa permasalahan dan gangguan kesehatan pada masyarakat akan menurunkan produktivitas dan menimbulkan kerugian bagi negara sehingga diperlukan transformasi kesehatan untuk tercapainya peningkatan derajat kesehatan masyarakat;
4) bahwa pembangunan kesehatan masyarakat semakin baik dan terbuka sehingga menciptakan kemandirian dan

mendorong perkembangan industri kesehatan nasional pada tingkat regional dan global serta mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat;

5) bahwa untuk meningkatkan kapasitas dan ketahanan kesehatan diperlukan penyesuaian berbagai kebdakan untuk penguatan sistem kesehatan secara integratif dan holistik dalam 1 (satu) undang-undang secara komprehensif;

Dilihat dari politik hukum pembentukan UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terdapat beberapa politik hukum yang mencerminkan adanya reformasi sistemik, penguatan peran negara, integrasi dan kodifikasi, dan Kesehatan yang berbasis ketahanan nasional. Beberapa Politik Hukum dari UU Kesehatan tersebut adalah:

a. Politik Hukum Kodifikasi dan Omnibus.

   UU ini menggunakan pendekatan integratif *(omnibus)*, menggabungkan berbagai pengaturan yang sebelumnya tersebar. Tujuannya:

   1) Penyederhanaan regulasi;
   2) Harmonisasi norma; dan
   3) Efisiensi tata kelola.

   Ini menunjukkan orientasi politik hukum pada simplifikasi sistem hukum kesehatan.

b. Politik Hukum Penguatan Peran Negara.

   UU ini mempertegas tanggung jawab negara dalam:

   1) Penyediaan tenaga Kesehatan;
   2) Pengendalian harga dan distribusi obat;
   3) Penguatan sistem informasi kesehatan nasional;
   4) Penanganan krisis kesehatan.

   Negara tidak lagi sekadar regulator, tetapi juga fasilitator dan pengendali sistem kesehatan nasional.

c. Politik Hukum Transformasi Sistem Kesehatan

UU ini selaras dengan agenda transformasi kesehatan nasional yang meliputi:

1) Transformasi layanan primer;
2) Transformasi sistem rujukan;
3) Transformasi sistem ketahanan kesehatan *(health security)*;
4) Transformasi pembiayaan Kesehatan;
5) Transformasi SDM Kesehatan; dan
6) Transformasi teknologi dan digitalisasi kesehatan.

Politik hukum ini menekankan modernisasi dan adaptasi terhadap tantangan global.

d. Politik Hukum Deregulasi Organisasi Profesi

Salah satu aspek paling signifikan adalah:

1) Restrukturisasi peran organisasi profesi;
2) Penguatan peran pemerintah dalam registrasi dan perizinan tenaga medis; dan
3) Penataan ulang Konsil dan kolegium.

Ini menunjukkan pergeseran politik hukum dari *self-regulation* (regulasi oleh profesi) menuju *state-regulation* (regulasi oleh negara).

e. Politik Hukum Pemerataan Tenaga Kesehatan

UU ini memberikan kewenangan lebih besar kepada pemerintah untuk:

1) Penempatan wajib tenaga medis;
2) Kemudahan pengakuan tenaga medis lulusan luar negeri; dan
3) Pengaturan distribusi dokter spesialis.

Orientasi politik hukumnya adalah keadilan distributif.

f. Politik Hukum Digitalisasi dan Integrasi Data

UU Kesehatan 2023 mengatur:

1) rekam medis elektronik;
2) integrasi sistem informasi kesehatan; dan
3) interoperabilitas data nasional.

Hal ini menandai pergeseran menuju *e-health governance.*

g. Politik Hukum Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

   UU ini menegaskan:
   1) penguatan sistem Jaminan Kesehatan Nasional;
   2) prinsip efisiensi dan akuntabilitas pembiayaan; dan
   3) peran APBN/APBD dalam sektor kesehatan.

   Ini mencerminkan komitmen negara terhadap keberlanjutan pembiayaan kesehatan.

Karakteristik Politik Hukum UU Kesehatan 2023 yaitu: sentralisasi kebijakan strategis di tangan pemerintah pusat; integratif dan kodifikatif; pro-transformasi dan modernisasi; berbasis krisis *(crisis-driven legislation)*; dan menekankan kontrol negara atas sistem kesehatan. Dengan demikian, politik hukum UU ini tidak dapat dilepaskan dari agenda reformasi sistem kesehatan nasional secara menyeluruh

UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan merupakan regulasi baru yang menggantikan dan mengintegrasikan berbagai undang-undang sektoral di bidang kesehatan. UU ini lahir dalam konteks:

a. Fragmentasi regulasi kesehatan sebelumnya (terdapat lebih dari 10 UU sektoral);
b. Kelemahan sistem kesehatan yang terungkap selama pandemi COVID-19;
c. Ketimpangan distribusi tenaga kesehatan dan fasilitas layanan;
d. Kebutuhan harmonisasi dan transformasi sistem kesehatan nasional.

UU ini menandai babak baru tata kelola kesehatan Indonesia, dengan orientasi pada keadilan distributif, modernisasi sistem, serta penguatan ketahanan kesehatan nasional.

Sebagaimana disebutkan dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 tercantum jelas cita-cita bangsa

Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia. Tujuan nasional tersebut adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Dalam perspektif perlindungan hukum, maka perangkat hukum kesehatan termasuk Undang-undang harus bisa menguraikan secara rinci tentang segala hak dasar manusia yang merupakan dasar bagi hukum kesehatan. Oleh karena itu dalam rangka implementasi paradigma sehat, dibutuhkan sebuah undang-undang yang berwawasan sehat, bukan undang-undang yang berwawasan sakit.

Pada sisi lain, perkembangan ketatanegaraan dalam konteks desentralisasi yang saat ini diatur dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang. Ada konsep baru karena undang-undang kesehatan terbaru ini jelas dianggap mampu menjawab kompleksitas pembangunan kesehatan yang tidak terdapat (tertampung lagi) dalam undang-undang kesehatan yang lama. Undang-Undang tersebut memuat ketentuan yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada daerah masing-masing yang setiap daerah diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek kesehatan. Terkait Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota terdapat dalam lampiran Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

UU Kesehatan baru merupakan kebijakan umum kesehatan yang harus dapat dilaksanakan oleh semua pihak dan sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dan semakin kompleksnya permasalahan Kesehatan. UU Kesehatan ini juga merupakan landasan Hukum Kesehatan di Indonesia. Secara konseptual UU ini telah mencerminkan adanya asas hukum kesehatan yang bertumpu pada hak atas pemeliharaan kesehatan sebagai hak dasar social *(the right to health care)* yang ditopang oleh 2 (dua) hak dasar individual yang terdiri dari hak atas informasi *(the right to information)* dan hak untuk menentukan nasib sendiri *(the right of self determination)*. Sejalan dengan hal tersebut, maka UU ini juga telah mentautkan bahwa Hukum Kesehatan dengan hak untuk sehat. Disebutkan bahwa hak atas pemeliharaan kesehatan mencakup berbagai aspek yang merefleksikan pemberian perlindungan dan pemberian fasilitas dalam pelaksanaannya. Untuk merealisasikan hak atas pemeliharaan bisa juga mengandung pelaksanaan hak untuk hidup, hak atas privasi, dan hak untuk memperoleh informasi .

Secara umum, Undang-Undang Kesehtan tahun 2023 ini memuat materi pokok yang disusun secara sistematis mencakup ketentuan umum, 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.

6. Hak dan Kewajiban setiap Orang terkait Kesehatan dalam Undang-Undang Kesehatan

Kesehatan merupakan hak setiap warga Negara, bahkan berdasarkan Pasal 28H ayat (1) UUD Negara Republik Indonesia 1945 dinyatakan sebagai HAM. Dalam UU No 17 Tahun 2023 dikenal ada beberapa hak dan kewajiban setiap orang terkait dengan kesehatan yaitu:

a. Hak Setiap Orang, meliputi hak untuk:
   1) hidup sehat secara fisik, jiwa, dan sosial;
   2) mendapatkan informasi dan edukasi tentang Kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab;
   3) mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau agar dapat mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya;
   4) mendapatkan perawatan Kesehatan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan;
   5) mendapatkan alses atas Sumber Daya Kesehatan;
   6) menentukan sendiri Pelayanan Kesehatan yang diperlukan bagl dirinya secara mandiri dan bertanggung jawab (kecuali untuk Pelayanan Kesehatan yang diperlukan dalam keadaan Gawat Darurat dan/atau penanggulangan KLB atau Wabah);
   7) mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat Kesehatan;
   8) menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap;
   9) memperoleh kerahasiaan data dan informasi Kesehatan pribadinya;
   10) memperoleh informasi tentang data Kesehatan dirinya, termasuk tindakan dan pengobatan yang telah ataupun yang akan diterimanya dari Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan; dan
   11) mendapatkan pelindungan dari risiko Kesehatan.

Hak sebagaimana dimaksud pada huruf a butir 8 tidak berlaku pada:

a) seseorang yang penyakitnya dapat secara cepat menular kepada masyarakat secara lebih luas;
b) penanggulangan KLB atau Wabah;
c) seseorang yang tidak sadarkan diri atau dalam keadaan Gawat Darurat; dan
d) seseorang yang mengalami gangguan jiwa berat yang dianggap tidak cakap dalam membuat keputusan dan tidak memiliki pendamping serta dalam keadaan kedaruratan.

Kerahasiaan data dan informasi Kesehatan pribadi sebagaimana dimaksud pada huruf a butir 9) tidak berlaku dalam hal:

a) pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum;
b) penanggulangan KLB, Wabah, atau bencana;
c) kepentingan pendidikan dan penelitian secara terbatas;
d) upaya pelindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat;
e) kepentingan pemeliharaan Kesehatan, pengobatan, penyembuhan, dan perawatan Pasien;
f) permintaan Pasien sendiri;
g) kepentingan administratif, pembayaran asuransi, atau jaminan pembiayaan Kesehatan; dan/ atau
h) kepentingan lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Hak tersebut di atas dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Setiap Orang berkewajiban:
   1) mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya;
   2) menjaga dan meningkatkan derajat Kesehatan bag orang lain yang menjadi tanggung jawabnya;
   3) menghormati hak orang lain dalam Upaya memperoleh lingkungan yang sehat;
   4) menerapkan perilaku hidup sehat dan menghormati hak Kesehatan orang lain;
   5) mematuhi kegiatan penanggulangan KLB atau Wabah; dan
   6) mengikuti program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional.

   Pelaksanaan kewajiban sebagaimana dimaksud pada angka 1) meliputi:
   1) Upaya Kesehatan perseorangan;
   2) Upaya Kesehatan masyarakat; dan
   3) pembangunan berwawasan Kesehatan.

   Kewajiban mengikuti program jaminan sebagaimana dimaksud di atas dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

7. Indikator Kesejahteraan Manusia

Tujuan utama pendirian sebuah negara adalah tercapainya Kesejahteraan seluruh masyarakat secara merata. Acuan kesejahteraan paling utama masyarakat bisa dilihat melalui ketercapaian masyarakat atas hak– hak

dasarnya akan pangan, kesehatan dan pendidikan. Dalam perspektif sejarah, secara global disepakati bahwa tujuan utama semua negara adalah tercapainya kesejahteraan masyarakat yang tercermin dalam *Millenium Development Goals*, yaitu terdapat 8 tujuan utama pembangunan yaitu

a. menanggulangi kemiskinan ekstrim dan kelaparan;
b. mencapai pendidikan dasar universal;
c. mempromosikan keadilan gender dan pemberdayaan perempuan;
d. menurunkan angka kematian anak;
e. memperbaiki kesehatan ibu;
f. membasmi HIV /AIDS, malaria dan penyakit lain;
g. menjamin kelestarian lingkungan;
h. mengembangkan kemitraan untuk kerjasama pembangunan.

Ukuran kesejahteraan yang tercermin dalam MDGs tersebut telah memasukkan beberapa macam ukuran kesejahteraan yang dulu hanya bersifat ekonomi saja. Secara umum ukuran kesejahteraan yang mewakili MDGs adalah *Human Development Indeks (HDI)* atau dikenal dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Munculnya IPM dibarengi dengan munculnya Indeks kesejahteraan yang lain yaitu Indeks Pembangunan Gender (IPG) dan Indeks Kemiskinan Manusia (IKM).

MDGs ini berlaku sejak tahun 2000 sampai dengan 2015. Dalam perkembangan selanjunya, pada tahun 2015 bergeser menjadi *Sustainable Development Goals (SDGs)*. SDGs atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan adalah 17 agenda global yang disepakati 193 negara anggota PBB

(termasuk Indonesia) pada 2015 untuk dicapai pada 2030. Tujuannya mengakhiri kemiskinan, mengurangi kesenjangan, dan melindungi lingkungan demi kesejahteraan manusia, mencakup 169 target yang terukur, mencakup aspek sosial, ekonomi, dan lingkungan. Ketujuhbelas tujuan dalam SDGs tersebut adalah sebagai berikut:

1) Tanpa Kemiskinan *(No Poverty);*

2) Tanpa Kelaparan *(Zero Hunger);*

3) Kehidupan Sehat dan Sejahtera *(Good Health and Well-being);*

4) Pendidikan Berkualitas *(Quality Education);*

5) Kesetaraan Gender *(Gender Equality);*

6) Air Bersih dan Sanitasi Layak *(Clean Water and Sanitation);*

7) Energi Bersih dan Terjangkau *(Affordable and Clean Energy);*

8) Pekerjaan Layak dan Pertumbuhan Ekonomi (Decent Work and Economic Growth)

9) Industri, Inovasi, dan Infrastruktur *(Industry, Innovation, and Infrastructure);*

10) Berkurangnya Kesenjangan *(Reduced Inequalities);*

11) Kota dan Pemukiman yang Berkelanjutan *(Sustainable Cities and Communities);*

12) Konsumsi dan Produksi yang Bertanggung Jawab *(Responsible Consumption and Production);*

13) Penanganan Perubahan Iklim *(Climate Action);*

14) Ekosistem Lautan *(Life Below Water);*

15) Ekosistem Daratan *(Life on Land);*

16) Perdamaian, Keadilan, dan Kelembagaan yang Tangguh *(Peace, Justice, and Strong Institutions);* dan

17) Kemitraan untuk Mencapai Tujuan *(Partnerships for the Goals).*

SDGs merupakan kelanjutan dari Millennium Development Goals (MDGs) 2000-2015, namun dengan cakupan yang lebih universal dan komprehensif untuk semua negara

IPM merupakan ukuran utama yang digunakan secara global karena mewakili kebutuhan akan indeks yang (1) mudah dihitung, (2) mengukur dimensi ekonomi maupun sosial, (3) dapat diperbandingkan secara nasional dan internasional.

Namun dengan berkembangnya waktu, dalam IPM ditemukan beberapa keterbatasan antara lain:

a. Konsep HDI hanya terbatas pada 3 dimensi ekonomi dan sosial saja belum mempertimbangkan aspek kebebasan, pilihan politik, pertahanan dan keamanana serta aspek budaya;
b. Pendapatan tidak mempertimbangkan ketidaksetaraan;
c. Indikator Pendidikan dan Kesehatan hanya berubah dalam jangka panjang tidak berguna untuk monitoring jangka pendek;
d. Indeks keseluruhan suatu negara mungkin menutup fakta bahwa terdapat kelompok yang berbeda di dalam negara memiliki tingkat IPM yang sangat berbeda atau adanya disagregasi IPM menurut faktor geografis atau administratif, keberadaan masyarakat rural atau urban, dari budaya atau kesukuan yang ada dan juga aspek gender.

8. Pelayanan Kesehatan

Azas pembangunan kesehatan di Indonesia adalah perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender, dan nondiskriminasi dan norma-norma agama. Sedangkan tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Juga memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan dan mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Di sisi lain, setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kewajiban lain adalah menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat baik fisik, biologi, maupun sosial.

Terkait dengan pembangunan kesehatan pemerintah dan/atau pemerintah bertanggungjawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masayarakat. Juga sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-

tingginya. Pemerintah bertanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perseorangan.

Fasilitas pelayanan kesehatan terdiri atas pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan tingkat kedua, dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga. Fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta. Ketentuan perizinan fasilitas pelayanan kesehatan ditetapkan oleh pemerintah dan pemerintah daerah.

9. Karakteristik Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) terdapat subsistem upaya kesehatan terdiri dari Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Penyelenggaraan pelayanan kesehaan di rumah sakit termasuk dalam UKP Strata kedua dan ketiga yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran spesialistik dan subspesialistik.

Pelayanan rumah sakit mempunyai sifat-sifat atau karakteristik tersendiri. Karakteristik ini diakibatkan oleh karena rumah sakit merupakan suatu organisasi yang sangat kompleks. Kompleksitas maupun karakteristik pelayanan rumah sakit perlu diketahui dan dipahami oleh setiap orang yang mempunyai tugas dan tanggung jawab dalam pembinaan dan penyelenggaraan rumah sakit.

Kompleksitas dari rumah sakit tersebut antara lain karena adannya berbagai kegiatan yang kadang-kadang kontradiktif bahkan sering menimbulkan konflik. Konflik terutama disebabkan oleh karena kehadiran dari pada aneka ragam tenaga dengan latar belakang pendidikan yang berkisar dari tenaga berpendidikan tinggi dan terampil sampai kepada tenaga yang tidak berpendidikan. Konflik membakat terjadi antara profesi medis dan profesi manajemen yang disebabkan disatu pihak menggunakan pendekatan teknis medis (*medical clinical approach*) sedangkan dilain pihak menggunakan pendekatan manajerial (*manajerial approach)*. Menurut Evans, dibandingkan dengan kebutuhan hidup manusia yang lain kebutuhan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan rumah sakit, mempunyai tiga ciri utama yang unik *uncertainty*, *asymetri of information*, dan

externality (Evans, 1984). ketiga ciri utama tersebut menurunkan berbagai ciri lain yang menyebabkan pelayanan rumah sakit sangat unik dibandingkan dengan produk atau jasa lainnya. Keunikan yang tidak diperoleh pada komoditas lain inilah yang mengharuskan kita membedakan perlakuan pengaturan atau intervensi pemerintah. Uraian ketiga ciri utama yang unik adalah sebagai berikut:

a. *Uncertainty*

Uncertainty atau ketidakpastian menunjukkan bahwa kebutuhan akan pelayanan rumah sakit tidak bisa dipastikan, baik waktunya, tempatnya, maupun besarnya biaya yang dibutuhkan. Sifat inilah yang menyebabkan timbulnya respons penyelenggaran mekanisme asuransi di dalam pelayanan kesehatan. Mekanisme asuransi yang mentrasfer dan menghimpun *(pool)* risiko perorangan/ kelompok kecil menjadi risiko kelompok besar merupakan solusi yang paling tepat terhadap ciri ini. Dengan membagi risiko itu kepada kelompok (dengan membayar premi) maka risiko tiap orang menjadi kecil/ringan, karena dipikul bersama. Phelps (1992) juga mengemukakan sifat ini yang mendasari mekanisme asuransi kesehatan. Ciri ini pula yang mengundang mekanisme derma di dalam masyarakat tradisional dan modern. Karena pada akhirnya ciri ini menurunkan keunikan lain yang menyangkut aspek peri kemanusiaan (*humanitarian*) dan etika.

Rapoport (1982) juga menambahkan bahwa semua pelayanan kedokteran untuk memenuhi kebutuhan yang tidak pasti tersebut mengandung uncertainty atau risiko. Dengan ketidak-pastian ini, sulit bagi seseorang untuk menganggarkan biaya untuk memenuhi kebutuhan

akan pelayanan rumah sakit., seseorang yang tidak miskin di Indonesia dapat menjadi miskin atau bangkrut manakala ia menderita suatu penyakit atau mengalami kecelakaan yang berat (*medically poor*).

b. ***Asymetry of information***

Sifat kedua, *asymetry of information* menunjukkan bahwa konsumen pelayanan rumah sakit berada pada posisi yang lebih lemah sedangkan *provider* (dokter, dll) mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat dan kualitas pelayanan yang "dijualnya". misalnya kasus ekstrim pembedahan, pasien hampir tidak memiliki kemampuan untuk mengetahui apakah ia membutuhkan Kondisi ini sering dikenal dengan consumer ignorance atau konsumen yang bodoh.

Dapat dibayangkan bahwa jika sebuah rumah sakit atau penjual memaksimalkan laba dan tidak mempunyai integritas yang kuat terhadap norma-norma agama dan sosial, sangat dengan mudah terjadi *abuse* atau *moral hazard* yang dapat dilakukan rumah sakit melalui dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut. Sebagai contoh sebuah rumah sakit bersalin di Jakarta, suatu ketika terdapat hampir semua pasien di suatu lantai yang menjalani persalinan dengan operasi saesar dengan alasan yang sama yaitu lilitan tali pusat. Perbedaan yang sangat unik ini menyebabkan demand pelayanan rumah sakit ditentukan oleh rumah sakit bukan oleh pasien. Sementara dalam pasar yang normal, konsumenlah yang menentukan jenis barang atau jasa dan jumlah yang dibelinya. Jadi pada komoditas pasar kekuatan (*power*) terletak pada konsumen atau pembeli dan oleh

karenanya konsumen menjadi raja. Di dalam pelayanan rumah sakit, sebaliknya, rumah sakit-lah yang mempunyai power dan menjadi raja. Oleh karena itu, apa yang akan terjadi sangat tergantung dari moral petugas dan pemilik rumah sakit. Pemilik dan petugas rumah sakit yang memiliki hati nurani (raja yang adil dan berbudi luhur) yang tinggi akan menjadi dewa penolong bagi pasien.

Menyadari adanya ketidak seimbangan informasi, maka praktek kedokteran dan pelayanan rumah sakit di negara manapun memerlukan lisensi khusus dan dikontrol dengan sangat ketat oleh pemerintah. Tujuannya adalah untuk melindungi pasien dari pelayanan yang tidak berkualitas, harga yang mencekik, atau pelayanan yang dapat membodohi pasiennya. Akibat dari keharusan lisensi ini maka terjadi *entry barrier* yang membatasi masuknya *supply*.

Di Indonesia, pembiayaan obat mencapai sekitar 40% dari total pembiayaan kesehatan. Karena yang menentukan obat yang perlu dibeli pasien adalah dokter dan pasien tidak memiliki kemampuan memilih, maka kolusi antara perusahaan obat dengan dokter sangat mudah terjadi dan sudah banyak terjadi. Hal ini tambah memberatkan beban pasien, apalagi jika rumah sakit ikut memfasilitasi atau ikut berkolusi dengan perusahaan farmasi.

c. ***Externality***

Externality menunjukkan bahwa konsumsi pelayanan kesehatan/rumah sakit tidak saja mempengaruhi "pembeli" tetapi juga bukan pembeli. Demikian juga

risiko kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja mengenai diri pembeli. Contohnya adalah konsumsi rokok yang mempunyai risiko lebih besar pada yang bukan perokok. Akibat dari ciri ini, pelayanan kesehatan membutuhkan subsidi dalam berbagai bentuknya. Oleh karenanya, pembiayaan pelayanan kesehatan tidak saja menjadi tanggung jawab diri sendiri, akan tetapi perlunya digalang tanggung jawab bersama (publik). Ciri unik tersebut juga dikemukakan oleh beberapa ahli ekonomi kesehatan seperti Feldstein (1993) dan Rappaport (1982)

Selain itu, pelayanan kesehatan mempunyai aspek sosial yang rumit dipecahkan sendiri oleh bidang kedokteran atau ekonomi. Bidang kedokteran tidak bisa membiarkan keadaan seseorang yang memerlukan bantuan medis tetapi teknologinya atau biayanya belum tersedia. Dokter, tidak bisa memperlakukan pasien sebagai komputer yang jika salah satu komponennya tidak berfungsi, orang (seperti komputer) dapat dimusnahkan saja, jika teknologi untuk memfungsikannya sulit atau mahal. Dokter berusaha mencari teknologi baru untuk memecahkan masalah klinik yang tidak pernah tuntas. Teknologi baru tersebut menuntut penelitian longitudinal dan biaya besar. Akibatnya, teknologi baru menjadi mahal. Hal ini berdampak pada aspek ekonomi, dimana teknologi kedokteran dapat mengatasi keadaan pasien. Akan tetapi biaya untuk itu sering tidak tejangkau oleh kebanyakan orang. Karena manusia memberikan nilai yang sangat tinggi akan kehidupan dan kesehatan, maka

seringkali timbul dilema besar yang menyangkut kelangsungan hidup seseorang hanya karena faktor biaya. Karena secara sosial kita tidak bisa melakukan pertimbangan biaya dan efisiensi maka harus ada suatu mekanisme yang mampu memecahkan pembiayaan pelayanan bedah, diagnostik canggih, pelayanan gawat dararat, dan pelayanan intensif lain yang mahal.

10. Gambaran Umum Penyelenggaraan Rumah Sakit Di Indonesia

Secara umum rumah sakit didefinisikan sebagai sebuah fasilitas kesehatan, sebagai suatu entitas yang terdiri dari fasilitas fisik dan fungsi pelayanan, yang didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia (tenaga dan lainnya) secara efektif dan efisien. Definisi khusus rumah sakit banyak dibuat berbagai pihak sesuai dengan kebutuhan dan konteks pembahasan rumah sakit. Namun demikian, secara umum rumah sakit menyediakan pelayanan kesehatan 24 jam untuk memenuhi kebutuhan penduduk yang tidak pasti (uncertainty), khususnya dalam waktu pelayanan. Dalam Sistem Kesehatan Nasional rumah sakit dijabarkan sebagai institusi (suatu kesatuan fungsi yang di dalam UUD45 disebut fasilitas kesehatan) yang memberikan pelayanan medis sekunder atau rujukan, baik yang sifatnya relatif sederhana yaitu perawatan maupun pelayanan medis yang kompleks atau sering disebut pelayanan tersier seperti bedah jantung dan bedah otak. Perbedaan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, biasanya pada jam pelayanan dimana rumah sakit

umumnya berfokus pada pelayananan rawat inap dan karenanya menyediakan pelayanan selama 24 jam. Namun demikian, untuk menunjang kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat di sekitarnya, rumah sakit dapat juga menyediakan pelayanan rawat jalan.

Menurut kepemilikan rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit milik pemerintah dan rumah sakit milik swasta. Rumah sakit milik pemerintah umumnya disebut public hospital atau rumah sakit publik yang secara alamiah merupakan kewajiban pemerintah dalam melayani rakyatnya yang sedang menderita bencana suatu penyakit. Oleh karenanya tidak ada literatur yang membagi rumah sakit pemerintah menjadi rumah sakit bertujuan mencari laba atau bukan mencari laba. Rumah sakit publik ditujukan kepada semua penduduk, namun dalam prakteknya lebih banyak dimanfaatkan oleh penduduk berpenghasilan rendah. Hal ini tidak berarti bahwa penduduk berpenghasilan tinggi tidak berhak menggunakannya. Rumah sakit swasta pada awalnya umumnya didirikan oleh lembaga keagamaan untuk menolong sesama umatnya. Rumah sakti seperti disebut RS swasta nirlaba (tidak bertujuan mencari untung untuk donatur atau pendirinya). Namun dengan perkembangan materialisme, kini semakin banyak pihak swasta yang melihat potensi rumah sakit sebagai tempat untuk menanggung rejeki. Maka pada umumnya literatur membagi rumah sakit swasta menjadi dua yaitu rumah sakit swasta nirlaba (not for profit) dan rumah sakit swasta pencari laba (for profit). Rumah sakit swasta nirlaba sering disebut sebagai rumah sakit komunitas.

11. Registrasi dan Perizinan Berusaha Sektor Kesehatan

a. Registrasi dan Perizinan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang akan menjalankan praktik wajib memiliki STR. STR sebagaimana dimaksud, diberikan kepada:

1) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia; dan
2) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing.

STR bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia berlaku seumur hidup. Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia yang melaksanakan pendidikan, internsip, atau dalam proses adaptasi, STR berlaku selama proses pendidikan, internsip, atau adaptasi, dikecualikan dari ketentuan jangka waktu STR seumur hidup sebagaimana dimaksud.

STR bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing berlaku paling lama 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang sebanyak 1 (satu) kali untuk masa 2 (dua) tahun berikutnya.

Pengajuan permohonan STR bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan secara elektronik melalui Sistem Informasi Kesehatan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional. STR diterbitkan oleh Konsil atas nama Menteri setelah Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan memenuhi persyaratan paling sedikit meliputi:

1) memiliki ijazah pendidikan di bidang Kesehatan dan/atau Sertifikat Profesi; dan
2) memiliki Sertifikat Kompetensi.

Dalam hal terdapat perubahan kualifikasi kompetensi dan/atau beralih profesi, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat mengajukan perubahan data STR.

b. Perizinan

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan tertentu yang akan melakukan praktik keprofesiannya wajib memiliki SIP. Permohonan SIP dapat diajukan secara online melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan tertentu dalam mengajukan permohonan SIP harus memiliki:

1) STR; dan
2) tempat praktik.

SIP diterbitkan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota tempat Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan menjalankan praktiknya.

SIP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan tertentu diberikan bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan tertentu warga negara Indonesia dan warga negara asing. SIP sebagaimana dimaksud hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.

SIP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan, meliputi:

1) STR;

2) tempat praktik; dan
3) pemenuhan kecukupan satuan kredit profesi.

SIP bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing berlaku paling lama 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang 1 (satu) kali dan hanya untuk 2 (dua) tahun berikutnya. Ketentuan jangka waktu tersebut dikecualikan bagi SIP Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing yang didayagunakan di kawasan ekonomi khusus yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Saat ini ketentuan mengenai Registrasi dan Perizinan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, serta perizinan tenaga Kesehatan didasarkan pada:

i. PP Nomor 28 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko; dan
ii. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan.

12. Kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota Bidang Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang mejadi kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. Berdasarkan lampiran UU No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana diubah beberapa kali terakhir dengan UU No 6 Tahun 2023 tentang Penetapan PERPU No 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, kewenagan Pemerintah Kabupaten/Kota di bidang kesehatan adalah sebagai berikut.

e. Sub bidang Upaya Kesehatan, meliputi:
   4) Pengelolaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota;
   5) Pengelolaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota; dan
   6) Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah kabupaten/kota.

f. Sub bidang Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, meliputi:
   3) Penerbitan izin praktek dan izin kerja tenaga kesehatan; dan
   4) Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten/kota

g. Sub bidang Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman, meliputi:
   6) Penerbitan izin apotik, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal;
   7) Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT);
   8) Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga;
   9) Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga; dan
   10) Pengawasan *post-market* produk makanan-minuman industri rumah tangga.

h. Sub bidang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yaitu Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan

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

B. Kajian Terhadap Asas Terkait Dengan Penyusunan Norma

Tentang berlakunya perundang-undangan atau undang-undang dalam arti materiel, dikenal adanya beberapa asas. Azas-azas itu dimaksudkan, agar perundang-undangan mempunyai akibat yang positif, apabila benar-benar dijadikan pegangan dalam penerapannya, walaupun untuk hal itu masih diperlukan suatu penelitian yang mendalam, untuk mengungkapkan kebenarannya.

Beberapa azas yang lazim dikenal adalah sebagai berikut:

a. Azas pertama : undang-undang tidak berlaku surut.
b. Azas kedua : undang-undang, dibuat penguasa yang, lebih tinggi, mempunyai kedudukan yang lebih tinggi pula. Hal ini mempunyai akibat-akibat sebagai berikut:
    1) Peraturan yang lebih tinggi tidak dapat diubah atau dihapuskan oleh peraturan yang lebih rendah, akan tetapi proses sebaliknya adalah dimungkinkan.
    2) Hal-hal yang wajib diatur oleh peraturan perundang-undangan tertentu yang lebih tinggi (misalnya UU) tidak mungkin diatur oleh peraturan yang lebih rendah (misalnya Perda), akan tetapi proses sebaliknya adalah dimungkinkan.
    3) Isi peraturan yang lebih rendah tidak boleh bertentangan dengan isi peraturan yang lebih tinggi/atas. Keadaan sebaliknya adalah mungkin dan kalau hal itu terjadi, maka peraturan rendahan itu menjadi batal.

4) Peraturan yang lebih rendah dapat merupakan peraturan pelaksanaan dan peraturan atasan sebaliknya adalah tidak.

c. **Azas ketiga :** menyatakan bahwa undang-undang yang bersifat khusus menyampingkan undang-undang yang bersifat umum, jika pembuatannya sama. Maksudnya adalah terhadap peristiwa khusus wajib diperlakukan undang-undang yang menyebut peristiwa itu, walaupun untuk peristiwa khusus itu dapat pula diperlakukan undang-undang yang menyebut peristiwa yang lebih luas atau lebih umum.

d. **Azas keempat:** undang-undang yang baru mengesampingkan yang terdahulu. Artinya adalah, bahwa undang-undang lain yang lebih dahulu berlaku dimana diatur suatu hal tertentu, tidak berlaku lagi jika undang-undang baru (yang berlaku belakangan) yang mengatur pula hal tertentu akan tetapi makna dan tujuannya berlainan atau berlawanan dengan undang-undang yang lama tersebut.

e. **Azas kelima :** menyatakan, bahwa undang-undang tidak dapat diganggu gugat.

f. **Azas keenam :** undang-undang sebagai sarana untuk semaksimal mungkin mencapai kesejahteraan spritual dan material bagi masyarakat maupun mencapai pribadi, dilakukan melalui pembaharuan dan pelestarian.

Agar supaya pembentukan undang-undang tidak sewenang-wenang makna diperlukan syarat-syarat sebagai berikut.

a. Keterbukaan yakni bahwa sidang-sidang pembentukan undang-undang serta sikap tindakan pihak eksekutif

dalam penyusunan perundang-undangan diumumkan, agar ada tanggapan dari warga masyarakat yang berminat.

b. Memberikan hak kepada warga masyarakat untuk mengajukan usul tertulis kepada penguasa, dengan cara-cara sebagai berikut.
   1) Penguasa mengundang mereka yang berminat untuk menghadiri suatu pembicaraan penting yang menyangkut suatu peraturan dibidang kehidupan tertentu.
   2) Suatu departemen mengandung organisasi-organisasi tertentu untuk memberikan usul-usul tentang rancangan undang-undang tertentu pula.
   3) Acara dengar pendapat di Dewan Perwakilan Rakyat.
   4) Pembentukan komisi-komisi penasehat yang terdiri dari tokoh-tokoh dan ahli-ahli terkemuka (Soerjono Soekanto, 1987 : 8).

Secara logis tidak mungkin peraturan-peraturan akan dapat mencakup dan memperhitungkan semua perkembangan yang terjadi dalam masyarakat untuk mengurangi kelemahan-kelemahan tersebut, maka dapatlah ditempuh cara-cara sebagaimana dikemukakan di atas. Namun demikian harus tetap diakui bahwa pengaruh pribadi pasti akan ada pada pembentukan undang-undang (Soerjono Soekanto, 1987: 8).

Erat hubungannya dengan azas-azas perundang-undangan adalah tata urutan peraturan perundang-undangan, sebagaimana diatur dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Rebublik Indonesia Nomor III/MPR/2000 tentang Sumber Hukum dan Tata Urutan

Perundang-undangan, atau Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Perundang-Undangan.

Sumber Hukum menurut Ketetapan MPR tersebut adalah sumber yang dijadikan bahan untuk penyusunan peraturan perundang-undangan. Sedangkan tata urutan peraturan perundang-undangan merupakan pedoman dalam pembuatan aturan hukum di bawahnya. Tata urutan perundang-undangan Republik Indonesia menurut Ketetapan MPR Nomor III/MPR/2000 adalah sebagai berikut.

1. Undang-undang Dasar 1945
2. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia.
3. Undang-undang
4. Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang (PERPU)
5. Peraturan Pemerintah
6. Keputusan Presiden
7. Peraturan Daerah.

Menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 jenis dan hierarkhi Peraturan Perundang-undangan adalah sebagai berikut:

1. Undang-undang Dasar Negara Republi Indonesia Tahun 1945;
2. Ketatapan MPRRI;
3. Undang-undang / Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang;
4. Peraturan Pemerintah;
5. Peraturan Presiden; dan
6. Peraturan Daerah.

Di samping asas-asas yang berlaku umum, dalam pengaturan rumah sakit perlu diperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

a. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan

Upaya kesehatan yang harus diselenggarakan rumah sakit merupakan salah satu bagian dari penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu dalam pengaturan rumah sakit harus mengikuti asas-asas yang berlaku dalam penyelenggaraan- penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yaitu :

1) Asas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa

   Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membeda-bedakan golongan, agama dan bangsa.

2) Asas Manfaat

   Berarti memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bai setiap warga negara.

3) Asas usaha bersama dan kekeluargaa

   Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan yang dilakukan oleh seluruh lapisan masyarakat dan dijiwai oleh semangat kekeluargaan.

4) Asas adil dan merata.

   Berarti penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada segenap lapisan masyarakat dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.

5) Asas perikehidupan dalam keseimbangan

   Berarti penyelenggaraan kesehatan harus dilaksanakan seimbang antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, antara materiil dan spiritual.

6) Asas kepercayaan pada kemampuan dan kekuatan sendiri.

   Berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus berlandaskan pada kepercayaan pada kemampuan dan

kekuatan sendiri dengan memanfaatkan potensi nasional seluas-luasnya.

b. Tenaga kesehatan yang melakukan pekerjaan/praktek pada rumah sakit memiliki kewenangan yang bersifat otonom Artinya tenaga kesehatan dapat melakukan pekerjaannya sesuai dengan ilmu pengetahuan dan pengalamannya yang diperoleh dari pendidikan dan atau pelatihan serta pengalamannya. Tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan hendaknya memperhatikan beberapa prinsip yaitu :

1) *Asas tepat waktu*. Asas ini dimaksudkan bahwa setiap tindakan tenaga kesehatan dalam melaksanakan profesinya harus dilakukan tepat pada waktunya.
2) *Asas legalitas*. Asas ini dimaksudkan untuk landasan tenaga kesehatan dalam setiap tindakan profesionalnya haruslah dilandasi oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3) *Asas proposionalitas*. Tindakan medis tenaga kesehatan harus proporsional dengan tujuan konkrit upaya kesehatan pada umumnya.
4) *Asas keseimbangan*. Tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatannya harus sesuai dengan sarana dan prasarana yang tersedia menurut ketentuan persyaratan minimal yang diharuskan bagi setiap upaya kesehatan.
5) *Asas kejujuran*. Tenaga kesehatan diberi kesempatan untuk terlebih dahulu meminta informasi yang dianggap perlu dan dalam menghadapi ketidakpuasan masyarakat harus diberikan kesempatan untuk menjelaskan duduk masalahnya.

6) *Asas kebebasan memilih tindakan*. Dalam asas ini setiap tenaga lesehatan diberi kebebasan untuk memilih tindakan yang terbaik bagi dirinya dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dibatasi pada hal-hal yang menyangkut kecermatan, ketelitian dengan kemurnian dalam tujuan pembuatanya.

Berdasarkan ketentuan Pasal 28H UUD 1945 dinyatakan bahwa "...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan". Upaya memasukan sepotong kalimat tersebut tidaklah mudah. Bahkan ada orang kesehatan sendiri yang takut pencantuman sepotong kalimat tersebut akan memberatkan Pemerintah dan rumah sakit. Namun demikian, di negara yang lebih maju, memang pelayanan kesehatan telah menjadi hak bagi setiap penduduknya. Pemerintah dapat mengatur agar semua penduduk berkontribusi sebagai suatu kewajiban guna memenuhi hak-haknya. Itulah perlunya ada pemerintah. Pencantuman hak terhadap pelayanan kesehatan bertujuan untuk menjamin hak-hak kesehatan yang fundamental seperti yang tercantum dalam deklarasi hak asasi manusia "*health is a fundamental human right*".

Dalam pengaturan penyelenggaraan Kesehatan ini dilaksanakan berdasarkan asas:

1. asas perikemanusiaan;
2. asas keseimbangan;
3. asas manfaat;
4. asas ilmiah;
5. asas pemerataan;
6. asas etika dan profesionalitas;
7. asas pelindungan dan keselamatan;

8. asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban;
9. asas keadilan;
10. asas nondiskriminatif;
11. vpertimbangan moral dan nilai-nilai agama;
12. asas partisipatif;
13. asas kepentingan umum;
14. asas keterpaduan;
15. asas kesadaran hukum;
16. asas kedaulatan negara;
17. asas kelestarian lingkungan hidup;
18. asas kearifan budaya; dan
19. asas ketertiban dan kepastian hukum.

C. Kajian Terhadap Sistem Kesehatan Daerah di Kabupaten Nganjuk dan Permasalahan Yang Dihadapi Masyarakat

1. Gambaran Umum Daerah

Berdasarkan data dalam Kabupaten Nganjuk Dalam Angka Tahun 2025, Kabupaten Nganjuk merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Timur yang terletak di bagian barat Provinsi Jawa Timur. Secara Astronomis Kabupaten Nganjuk terletak pada koordinat 111^{0}5’ sampai dengan 111^{0}13’ Bujur Timur dan 7^{o}20’ sampai dengan 7^{o}50’ Lintang Selatan. Secara geografis Kabupaten Nganjuk memiliki batas-batas:

a. sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Bojonegoro;
b. sebelah selatan Kabupaten Kediri dan Trenggalek.;
c. sebeleah timur berbatasan dengan Kabupaten Jombang dan Kediri; dan
d. sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Ponorogo dan Madiun.

Luas wilayah Kabupaten Nganjuk adalah seluas 1.289,07 km2. Berdasarkan letak geografisnya, Kabupaten Nganjuk berada di wilayah bukan tepi laut. Kabupaten Nganjuk memiliki 20 kecamatan dengan luas wilayah sebesar 1.289,07 km2, dimana wilayah yang paling luas berada di Kecamatan Rejoso, yaitu sebesar 151,66 km2 dan paling kecil di wilayah Kecamatan Nganjuk dengan luas 22,59 km2.

Selengkapnya jumlah Desa/Kelurahan Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk, 2021–2025 dapat dilihat pada tabel berikut:

Kecamatan *District*	2021[2]	2022[3]	2023[4]	2024[5]	2025[6]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Sawahan	9	9	9	9	9
Ngetos	9	9	9	9	9
Berbek	19	19	19	19	19
Loceret	22	22	22	22	22
Pace	18	18	18	18	18
Tanjunganom	16	16	16	16	16
Prambon	14	14	14	14	14
Ngronggot	13	13	13	13	13
Kertosono	14	14	14	14	14
Patianrowo	11	11	11	11	11
Baron	11	11	11	11	11
Gondang	17	17	17	17	17
Sukomoro	12	12	12	12	12
Nganjuk	15	15	15	15	15
Bagor	21	21	21	21	21
Wilangan	6	6	6	6	6
Rejoso	24	24	24	24	24
Ngluyu	6	6	6	6	6
Lengkong	16	16	16	16	16
Jatikalen	11	11	11	11	11
Nganjuk	**284**	**284**	**284**	**284**	**284**

Sumber: Keputusan Kepala BPS Nomor 646 Tahun 2024 tentang Kode dan Nama Wilayah Kerja Statistik Tahun 2024 tanggal 24 September 2024, dalam Nganjuk Dalam Angka Tahun 2025.

https://nganjukkab.bps.go.id

Menurut topografi wilayah, ada dua kecamatan di Kabupaten Nganjuk yang tidak berada di dataran yaitu Kecamatan Sawahan dan Kecamatan Ngetos.

Pada tahun 2025, jumlah curah hujan tertinggi berada pada Bulan Maret yang mencapai 679,10 mm/tahun dengan 25 hari hujan. Sementara jumlah curah hujan terendah berada pada Bulan September yang mencapai 8,30 mm/tahun dengan 4 hari hujan.

.

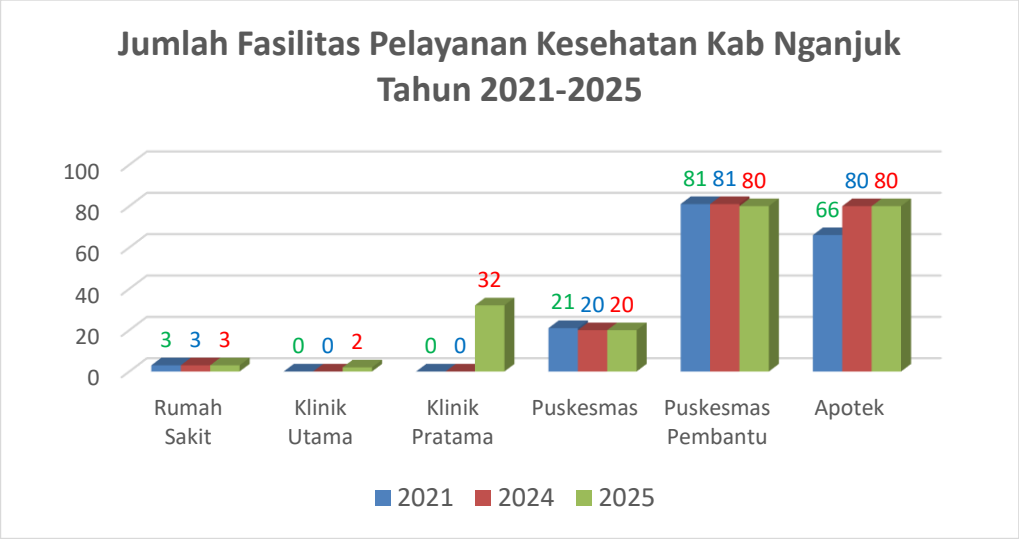
2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang ada di Daerah

Berdasarkan data yang ada dalam Kabupaten Dalam Angka Tahun 2025, di Kabupaten Nganjuk terdapat berbagai fasilitas pelayanan Kesehatan berupa Rumah Sakit, Klinik Utama, Klinik Pratama, Puskesmas, dan Apotek yang tersebar di beberapa Kecamatan.

Perkembangan jumlah fasilitas pelayanan Kesehatan di Kabupaten Nganjuk sejak tahun 2021 – 2025 dapat disajikan pada tabel dan matrik di bawah ini.

Tabel: Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Nganjuk Sejak Tahun 2021 – 2025

NO	Jenis Fasilitas Kesehatan	TAHUN		
		2021	2024	2025
	Rumah Sakit	3	3	3
	Klinik Utama	0	0	2
	Klinik Pratama	0	0	32
	Puskesmas	21	20	20
	Puskesmas Pembantu	81	81	80
	Apotek	66	80	80



Gambar: Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Nganjuk Sejak Tahun 2021 – 2025

Untuk memberikan gambaran singkat mengenai jumlah sebaran fasilitas pelayanan kesehatan menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk sejak tahun 2021 – 2025.

Tabel: Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk Tahun 2021-2025

NO	KECAMATAN	Rumah Sakit			Klinik Utama			Klinik Pratama			Puskesmas			Puskesmas Pembantu			Apotek		
		2021	2024	2025	2021	2024	2025	2021	2024	2025	2021	2024	2025	2021	2024	2025	2021	2024	2025
1	Sawahan									1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
2	Ngetos										1	1	1	2	2	2		1	1
3	Berbek									1	1	1	1	3	3	3	5	4	5
4	Loceret									2	1	1	1	5	5	6	2	2	3
5	Pace									1	1	1	1	5	5	5	3	4	4
6	Tanjunganom						1			1	1	1	1	8	8	8	5	5	5
7	Prambon									1	1	1	1	5	5	5	4	7	7
8	Ngronggot									1	1	1	1	4	6	5	1	2	3
9	Kertosono	1	1	1						5	2	1	1	5	5	5	7	7	7
10	Patianrowo									1	1	1	1	4	4	4	2	3	2
11	Baron									3	1	1	1	7	7	7	3	3	3
12	Gondang									3	1	1	1	5	4	4	4	5	5
13	Sukomoro									1	1	1	1	3	3	3	2	4	4
14	Nganjuk	2	2	2			1			3	1	1	1	5	5	4	9	12	12
15	Bagor									5	1	1	1	4	4	4	5	5	5
16	Wilangan									1	1	1	1	2	2	2	3	3	3
17	Rejoso									1	1	1	1	6	6	6	4	5	6
18	Ngluyu										1	1	1	1	1	1			
19	Lengkong									1	1	1	1	4	3	3	2	3	3
20	Jatikalen										1	1	1	1	1	1	3	3	3
	Nganjuk	**3**	**3**	**3**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**32**	**21**	**20**	**20**	**81**	**81**	**80**	**66**	**80**	**83**

Saat ini di Kabupaten Nganjuk terdapat tenaga Kesehatan sebanyak 1.768 orang. Tenaga Kesehatan tersebut terdiri atas: tenaga medis 439 orang, psikologis klinis 4 orang, tenaga keperawatan sebanyak 376 orang, tenaga kebidanan 277 orang, tenaga kefarmasian 410 orang, tenaga Kesehatan Masyarakat 17 orang, tenaga Kesehatan lingkungan 25 orang, tenaga gizi 56 orang, tenaga keterapian 10 orang, dan tenaga keteknisian medis 154 orang. Sedangkan untuk tenaga Kesehatan tradisional belum terdata atau belum ada datanya.

Untuk memberikan gambaran singkat mengenai tenaga Kesehatan di Kabupaten Nganjuk tahun 2025, berikut disajikan tabel jumlah sebaran tenaga Kesehatan menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk tahun 2025.

Tabel: Jumlah dan Sebaran Tenaga Kesehatan Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk Tahun 2025

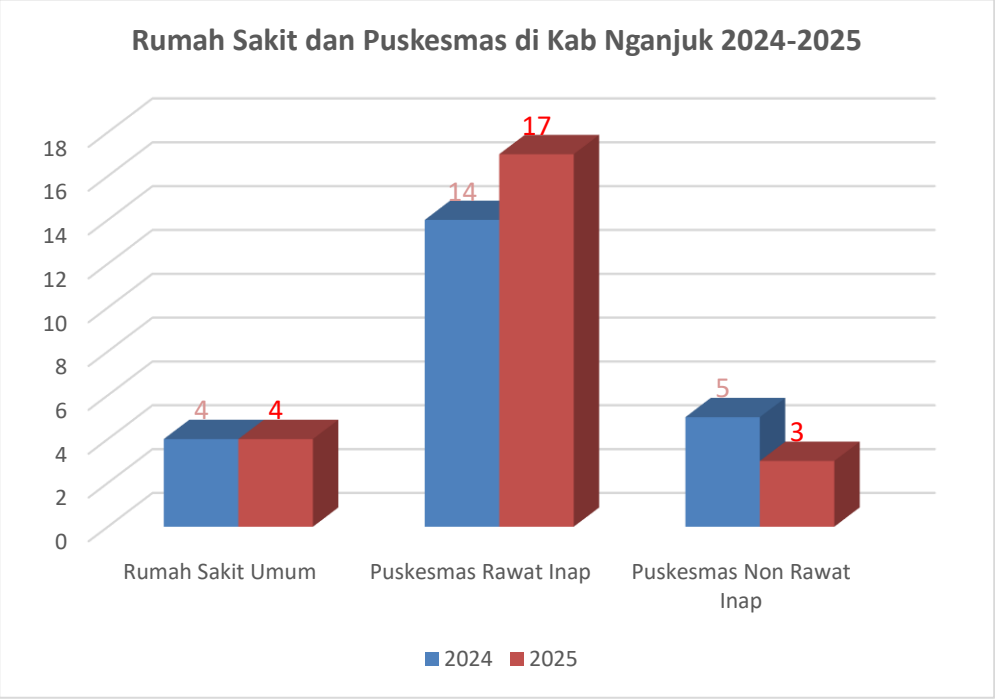
	KECAMATAN	Tenaga Medis	Psikologis Klinis	Tenaga Kepera-watan	Tenaga Kebidanan	Tenaga Kefar masian	Tenaga Kesmas	Tenaga Kesling	Tenaga Gizi	Tenaga Keterapian	Tenaga Keteknisian Medis	Tenaga Teknisk Bio medika	Tenaga Kesehatan Tradidsi onal
1	Sawahan	4		9	5	12		2	2		2		
2	Ngetos	6		6	10	3	1	1	1		2		
3	Berbek	12		10	12	18	1	2	2		3		
4	Loceret	16		20	18	13	1	1	2		2		
5	Pace	10		10	14	21	1	1	2		4		
6	Tanjunganom	31	1	29	26	30	1	2	2		4		
7	Prambon	15		14	11	31	1		1		2		
8	Ngronggot	15		16	11	17		1	3		3		
9	Kertosono	75	1	46	17	36	1	3	5	3	33		
10	Patianrowo	8		10	9	8	1	1	3		2		
11	Baron	7		8	14	10	1		1		1		
12	Gondang	15		20	19	17	1		4		3		

13	Sukomoro	12		17	16	16	1		3		2		
14	Nganjuk	157	2	89	33	110	1	7	10	6	75		
15	Bagor	27		28	16	29	1	2	6		4		
16	Wilangan	5		14	13	12	1		2		2		
17	Rejoso	10		11	14	15		1	2		4		
18	Ngluyu	3		5	4	2	1		2		2		
19	Lengkong	8		8	10	7	1		1		2		
20	Jatikalen	3		6	5	3	1	1	2	1	2		
	Nganjuk	439	4	376	277	410	17	25	56	10	154	0	0

Sumber: Kabupaten Nganjuk Dalam Angka Tahun 2025

Rumah sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan. Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Segangkan Rumah Sakit merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.

Saat ini di Kabupaten Nganjuk terdapat Rumah Sakit sebanyak 4 Rumah Sakit Umum,. Puskesmas yang menyelenggarakan rawat inap sebanyak 14 unit pada tahun 2024 dan menjadi 17 unit pada tahun 2025, Puskesmas tanpa rawat inap sebanyak 5 unit pada tahun 2024 dan menjadi 3 unit pada tahun 2025. Untuk memberikan gambaran singkat mengenai rumah sakit dan Puskesmas di Kabupaten Nganjuk, berikut disajikan tabel rumah sakit dan Puskesmas di Kabupaten Nganjuk tahun 2024 dan 2025.

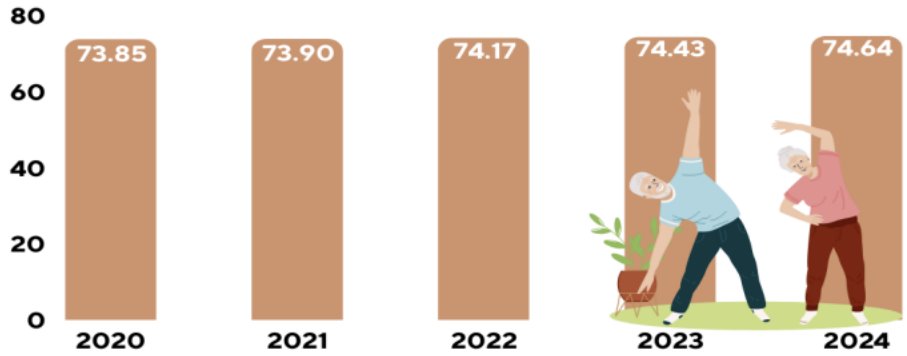


Tabel: Sebaran Rumah Sakit dan Puskesmas Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk tahun 2024 dan 2025

No	KECAMATAN	RSU		RSK		Puskesmas Rawat Inap		Puskesmas Non Rawat Inap	
		2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
1	Sawahan					1	1		
2	Ngetos					1	1		
3	Berbek					1	1		
4	Loceret						1	1	
5	Pace						1	1	
6	Tanjunganom					1	1		
7	Prambon					1	1		
8	Ngronggot					1	1		
9	Kertosono	1	1					1	1
10	Patianrowo					1	1		
11	Baron					1	1		
12	Gondang					1	1		
13	Sukomoro					1	1		
14	Nganjuk	3	3					1	1
15	Bagor							1	1
16	Wilangan					1	1		
17	Rejoso					1	1		
18	Ngluyu					1	1		
19	Lengkong					1	1		
20	Jatikalen						1		
	Nganjuk	4	4	0	0	14	17	5	3

3. Umur Harapan Hidup

Umur Harapan Hidup (UHH) saat lahir yang merepresentasikan dimensi umur panjang dan hidup sehat terus meningkat dari tahun ke tahun. Selama periode 2020 hingga 2024, UHH telah meningkat sebesar 0,79 tahun atau rata-rata tumbuh sebesar 0,26 persen per tahun. Pada tahun 2020, UHH Kabupaten Nganjuk adalah 73,85 tahun dan pada tahun 2024 mencapai 74,64 tahun. UHH tahun 2024 meningkat 0,21 tahun atau 0,28 persen dibandingkan tahun sebelumnya, lebih tinggi dibandingkan rata-rata pertumbuhan 2020-2023 yang sebesar 0,26 persen per tahun.



Gambar Perkembangan Rata-Rata Usia Harapan Hidup Kab. Nganjuk (Sumber: RPJMD Kab.Nganjuk, 2025-2029)

4. Kinerja Penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia. Seseorang tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya jika berada dalam kondisi tidak sehat, sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak. Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Sebagai suatu kebutuhan dasar, setiap individu bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan adalah tanggung jawab setiap warga negara.

Pelayanan dasar bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk berpedoman pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan

Minimal Bidang Kesehatan. Terdapat 12 jenis pelayanan dasar bidang kesehatan yang diampu oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Selain itu, Kabupaten Nganjuk pada Tahun 2025, sesuai dengan amanat Permendagri Nomor 13 Tahun 2024 terkait new Posyandu yang bertujuan untuk menjadikan posyandu sebagai pusat layanan masyarakat yang lebih komprehensif untuk meningkatkan kesejahteraan warga di tingkat kelurahan.

Tujuan Utama "New Posyandu":

Transformasi Pelayanan:

Mengubah fokus posyandu yang semula hanya layanan kesehatan, menjadi layanan yang lebih luas.

Peningkatan Kesejahteraan:

Menjadikan posyandu sebagai pusat layanan komprehensif untuk memenuhi berbagai kebutuhan masyarakat dan meningkatkan kesejahteraan.

Implementasi Kebijakan:

Merupakan implementasi dari Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) Nomor 13 Tahun 2024 tentang Posyandu.

Bagaimana Posyandu Bekerja dalam Konsep Baru:

Mitra Pemerintah:

Posyandu bertindak sebagai mitra pemerintah dalam pelaksanaan pembangunan dan pemberdayaan masyarakat.

Sinérgi Lintas Sektor:

Memerlukan kerja sama dari berbagai lini dan lintas sektor untuk mensukseskan program new posyandu.

Akses Pelayanan Lebih Luas:

Masyarakat akan mendapatkan akses pelayanan yang lebih dekat, cepat, dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Berikut kami tampilkan pengukuran pencapaian kinerja standar pelayanan minimal bidang kesehatan:

Tabel: Capaian SPM Bidang Kesehatan

No	Data	2020	2021	2022	2023	2024
1	pelayanan kesehatan ibu hamil	80,61	79,57	76	77	100
2	pelayanan kesehatan ibu bersalin	91,64	82,11	85	84	100
3	pelayanan kesehatan bayi baru lahir	92,72	90,56	87	87	100
4	pelayanan kesehatan balita	64,15	74,64	80	97	100
5	pelayanan kesehatan pada usia pendidikan	96,79	49,26	77	100	100
6	pelayanan kesehatan pada usia produktif	14,05	23,52	56	81	100
7	pelayanan kesehatan pada usia lanjut	35,37	49,65	55	86	100
8	pelayanan kesehatan penderita hipertensi	12,99	14,53	24	43	100
9	pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus	77,96	97,08	101	100	100
10	pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat	92,02	76,11	133	100	100
11	pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis	86,89	18,57	32	100	100
12	pelayanan kesehatan orang dengan risikon terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus)	52,63	105,5	126	100	100

Sumber: RPJMD Kab.Nganjuk, 2025-2029.

Keterangan:

1) Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil.

   Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan menyebutkan bahwa setiap ibu hamil harus mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. Pemerintah Daerah Kabupaten wajib memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai dengan standar yang ditetapkan kepada semua ibu hamil di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pada tahun 2024, jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar adalah sebanyak 9.813 orang, sedangkan jumlah sasaran ibu hamil di Kabupaten Nganjuk sebanyak 9.813 orang. Dengan demikian, cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Nganjuk adalah sebesar 100%.

2) Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin.

Pemerintah Daerah wajib memberikan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar kepada semua ibu bersalin yang ada di wilayah Kabupaten dalam kurun waktu satu tahun. Pada tahun 2024, jumlah ibu bersalin yang mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 10.825 orang sedangkan jumlah sasaran ibu bersalin di Kabupaten Nganjuk sebanyak 10.825 orang. Dengan demikian, cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin di Kabupaten Nganjuk adalah sebesar 100%.

3) Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir.

   Pemerintah Daerah berkewajiban dalam memberikan fasilitas pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar kepada bayi usia 0-28 hari di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pada tahun 2024, jumlah bayi baru lahir yang mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar adalah sebanyak 10.814 bayi sedangkan jumlah sasaran bayi baru lahir di Kabupaten Nganjuk sebanyak 10.814 bayi. Dengan demikian, cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir di Kabupaten Nganjuk adalah sebesar 100%.

4) Pelayanan Kesehatan Balita.

   Capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan balita usia 0-59 bulan dinilai dari cakupan balita yang mendapat pelayanan kesehatan balita sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pada tahun 2024, jumlah balita yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar adalah sebanyak 53.783 balita sedangkan jumlah sasaran balita di Kabupaten Nganjuk sebanyak 53.783 balita. Dengan demikian, cakupan pelayanan kesehatan anak balita di Kabupaten Nganjuk mencapai 100%.

5) Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar.

   Capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anak usia pendidikan dasar dinilai dari cakupan pelayanan kesehatan anak setingkat pendidikan dasar sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun ajaran. Pada tahun 2024, jumlah anak usia pendididkan dasar yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar adalah sebanyak 143.827 anak sedangkan jumlah sasaran anak usia pendidikan dasar di Kabupaten Nganjuk sebanyak 143.827 anak. Dengan demikian, cakupan pelayanan kesehatan

pada anak usia pendidikan dasar di Kabupaten Nganjuk mencapai 100%.

6) Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif.

   Pemerintah Daerah wajib memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk edukasi dan skrining kesehatan sesuai standar kepada penduduk yang berusia 15-59 tahun di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan kesehatan usia produktif sesuai standar dilaksanakan melalui edukasi kesehatan termasuk keluarga berencana dan skrining faktor risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular. Untuk capaian tahun 2024, jumlah orang usia 15-59 tahun yang mendapatkan pelayanan skrining kesehatan sesuai standar adalah sebanyak 694.131 jiwa, sedangkan jumlah sasaran orang usia 15-59 tahun di Kabupaten Nganjuk sebanyak 694.131 jiwa. Dengan demikian, capaian kinerja pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penduduk usia produktif mencapai 100%.

7) Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut.

   Capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pada warga negara usia 60 tahun atau lebih dinilai dari cakupan warga negara berusia 60 tahun atau lebih yang mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar minimal 1 kali di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pada tahun 2024, jumlah penduduk lansia yang mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar adalah sebanyak 147.739 jiwa sedangkan jumlah sasaran warga lansia di Kabupaten Nganjuk sebanyak 147.739 jiwa. Dengan demikian, capaian pelayanan kesehatan pada usia lanjut di Kabupaten Nganjuk mencapai 100%.

8) Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi.

   Capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita hipertensi, dinilai dari persentase jumlah penderita hipertensi usia 15 tahun keatas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pada tahun 2024, jumlah penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar tercatat sebanyak 214.542 jiwa, sedangkan jumlah estimasi penderita hipertensi di Kabupaten Nganjuk sebanyak 214.542 jiwa. Dengan

demikian, capaian pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita hipertensi mencapai 100%.

9) Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus.

Capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penderita diabetes mellitus dinilai dari persentase penderita DM usia 15 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Pada tahun 2024, jumlah penderita DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar adalah sebanyak 22.841 jiwa, sedangkan jumlah estimasi penderita DM di Kabupaten Nganjuk sebanyak 22.841 jiwa. Dengan demikian, capaian kinerja pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita diabetes mellitus mencapai 100%.

10) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat.

Pemerintah Daerah wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat sebagai upaya pencegahan sekunder di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun. Capaian kinerja pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi ODGJ Berat, dinilai dari jumlah ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan sesuai standar. Pada tahun 2024, jumlah penderita ODGJ berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar adalah sebanyak 2.197 orang, sedangkan jumlah penderita ODGJ di Kabupaten sebanyak 2.197 orang. Dengan demikian, capaian kinerja pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan kepada ODGJ berat mencapai 100%.

11) Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberkulosis.

Kasus tuberkulosis paru terkonfirmasi bakteriologis adalah pasien tuberkulosis yang terbukti positif pada hasil pemeriksaan contoh uji biologinya (sputum dan jaringan) melalui pemeriksaan mikroskopis langsung, Tes Cepat Molekuler (TCM) tuberkulosis, atau biakan. Seluruh orang terduga penderita TBC dilakukan pemeriksaan/test lebih lanjut untuk memastikan gejala yang diderita adalah benar-benar TBC. Pada tahun 2024, jumlah orang terduga TBC yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar adalah sebanyak 10.164 orang, sedangkan jumlah orang terduga TBC di Kabupaten sebanyak 10.164 orang.

Dengan demikian, capaian kinerja pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis mencapai 100% (RPJMD Kab Nganjuk Tahun 2025-2029, hal 187-199).

12) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko Terinfeksi Virus yang Melemahkan Daya Tahan Tubuh Manusia *(Human Immunodeficiency Virus)*.

Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus HIV adalah pelayanan kesehatan sesuai standar kepada setiap orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus = HIV) yang meliputi: (1) edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan, dan (2) skrining dilakukan dengan pemeriksaan tes cepat HIV minimal 1 kali dalam setahun. Orang yang memiliki risiko terinfeksi virus HIV adalah ibu hamil, pasien TBC, pasien Infeksi Menular Seksual (IMS), penjaja seks, lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL), transgender/waria, pengguna napza suntik (penasun), dan warga Binaan Pemasyarakatan. Dari 25.234 orang yang beresiko terinfeksi HIV, sebanyak 25.234 orang telah mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV.

5. Permasalahan Yang Dihadapi Kabupaten Nganjuk terkait Pembangunan bidang Kesehatan.

Dikutip dokumen Rencana Pembangunan Jangka menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Nganjuk Tahun 2025-2029, permasalahan pembangunan di Kabupaten Nganjuk ditunjukkan dengan kondisi permasalahan pada masing-masing urusan pembangunan. Sementara itu isu strategis merupakan rumusan dari berbagai permasalahan yang perlu ditangani melalui berbagai strategi dan kebijakan. Berdasarkan hasil analisis kinerja capaian Pembangunan di Daerah, permasalahan Pembangunan Kota Salatiga terkait urusan pemerintahan bidang Kesehatan meiputi:

a. permasalahan kesehatan seperti tingginya angka stunting, angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), serta penanganan penyakit menular dan tidak menular masih menjadi tantangan yang harus segera diatasi.
b. Peningkatan kualitas layanan kesehatan, termasuk akses

terhadap fasilitas kesehatan yang memadai dan tenaga mediasi yang kompeten, menjadi langkah krusial dalam memperbaiki indikator kesehatan masyarakat. Dengan pendekatan yang holistik dalam bidang pendidikan dan kesehatan, Kabupaten Nganjuk dapat menciptakan SDM yang lebih berkualitas, sehat, dan siap menghadapi tantangan masa depan

c. Masih adanya kematian ibu melahirkan dan kematian bayi, disebakan oleh pandemi Covid-19, meningkatnya kelahiran prematur, kurang sadarnya ibu untuk melakukan KB, dan penanganan persalinan yang kurang tepat

d. Masih terdapatnya kasus balita gizi buruk, Masih diperlukan peningkatan upaya orang tua untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, masih ada kasus anemia dan KEK pada ibu hamil.

e. Masih rendahnya pemberian ASI eksklusif oleh masyarakat, Pemberian ASI eksklusif oleh masyarakat perlu ditingkatkan.

f. Masih adanya kasus balita stunting karena kurangnya kesadaran orang tua balita dalam pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita, kurangnya pengetahuan ibu dalam pemberian makanan pada bayi dan balita, adanya penyakit infeksi pada balita, masih ada kasus anemi dan KEK pada ibu hamil, dan kondisi sanitasi yang kurang baik.

g. SPM belum tercapai pada TB yang disebabkan: 1). Masih belum optimalnya pelayanan kesehatan di faskes selama pandemi sehingga tingkat partisipasi masyarakat untuk berobat sangat rendah, 2). Masih adanya stigma di masyarakat terhadap TB sehingga pasien/masyarakat enggan untuk diketahui statusnya dengan pemeriksaan dahak, 3). Terbatasnya pengetahuan masyarakat tentang cara mendapatkan dahak yang berkualitas dan 4). Belum optimalnya sistem rujukan kasus TB); pada HIV 1). Belum optimalnya penjangkauan oleh LSM dalam kegiatan skrining HIV, 2). Masih adanya stigma di masyarakat terhadap penderita HIV dan 3). Banyaknya populasi kunci

yang sulit terdeteksi sejak dini); dan pada PTM Hipertensi, Diabetes mellitus, Yankes Usia Produktif 1). Jumlah posbindu terbatas, 2). Selama pandemi posbindu tidak aktif, 3). Kurangnya SDM kesehatan dalam pelayanan kepada penduduk usia produktif dan 4). Masih diperlukan peningkatan skrining kesehatan oleh masyarakat selama pandemi.

h. Belum optimalnya pelayanan kesehatan dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, terkait sanitasi kurang, Masih diperlukan peningkatan upaya untuk mendorong kepatuhan masyarakat dalam minum obat dan meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai TB.

i. Masih ditemukannya kasus baru HIV/AIDs, akibat dari perilaku seks masyarakat masih kurang aman, kegiatan VCT *mobile*, kegiatan komunitas yang merujuk teman/dampingan yang memiliki faktor resiko dan masyarakat mulai sadar untuk periksa dini HIV ketika ada faktor resiko serta Ibu hamil wajib VCT.

j. Belum optimalnya layanan terhadap kelompok lansia, karena kurangnya kader kesehatan posyandu lansia dan kegiatan lansia terhenti selama pandemi.

k. Masih rendahnya industri rumah tangga memiliki sertifikasi produksi, akibat pelaku usaha (IRT) banyak yang belum mengajukan sertifikat PIRT.

l. Masih adanya rumah yang belum memenuhi syarat kesehatan, akibat adanya aturan baru tentang penilaian rumah sehat.

m. Belum ada kelurahan yang menerapkan 5 pilar STBM, terkait dengan Cakupan SPAL masih rendah dan Pengelolaan sampah di masyarakat belum optimal.

n. Belum optimalnya penyediaan layanan dasar kesehatan sesuai standar, akibat selama pandemi Covid-19 tidak ada penilaian akreditasi, belum dilakukan pembenahan administrasi puskesmas selama pandemi covid, SIMPUS tidak dapat pakai dan vendor menghilang dan ada aturan baru terkait akreditasi puskesmas.

o. Belum optimalnya mutu pelayanan rujukan ditandai dengan belum terpenuhinya sarana prasarana dan SDM yang sesuai dengan standar, akibat dari belum terpenuhinya SDM baik secara kuantitas maupun kualitas, belum terpenuhinya alat kesehata, sarana dan prasarana, belum optimalnya penggunaan teknologi informasi dalam pelayanan kesehatan dan belum optimalnya promosi pelayanan kesehatan RSUD.
p. Belum tercapainya UHC akibat dari masyarakat mampu masih banyak yang belum mengikuti JKN secara mandiri dan verifikasi masyarakat miskin dilakukan secara bertahap oleh Dinsos.
q. Belum optimalnya implementasi GERMAS, masih diperlukan upaya meningkatkan pengetahuan dan kemauan dalam melaksanakan pola hidup sehat, belum optimalnya peran stake holder dalam penggerakan GERMAS, belum optimalnya distribusi tenaga promosi kesehatan di masyarakat dan belum optimalnya ketersediaan sarana dan prasarana aktifitas fisik di instansi.
r. Kurang maksimalnya penerapan kawasan tanpa rokok, karena belum optimalnya komitmen stake holder dalam penyelenggaraan KTR dan belum adanya zonasi status KTR di tempat tempat umum serta belum optimalnya pengawasan implementasi KTR.
s. Sistem Informasi di Puskesmas belum optimal terkait SIMPUS tidak dapat pakai dan vendor menghilang.

Sementara itu permasalahan utama urusan Kesehatan yang dihadapi Kabupaten Nganjuk adalah:

a. Belum optimalnya mutu layanan dan penyediaan layanan dasar kesehatan sesuai standar; dan
b. Belum optimalnya pelayanan kesehatan dalam pencegahan dan penanggulangan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Gizi buruk, Balita

Stunting, HIV AIDS, penyakit menular dan tidak menular.

Secara regulasi daerah sebagai dasar kebijakan dalam rangka menyelenggarakan Urusan Pemerintahan bidang kesehatan yang menjadi kewenangan Daerah Kabupaten Nganjuk khususnya Peraturan Daerah hingga saat ini belum ada. Oleh karena itu, dipandang perlu menetapkan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah.

Kewenangan Daerah Kabupaten Nganjuk di bidang kesehatan sebagaimana dimaksud dalam lampiran 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 Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, yaitu

a. Sub bidang Upaya Kesehatan, meliputi:
    1) Pengelolaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota;
    2) Pengelolaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota; dan
    3) Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah kabupaten/kota.
b. Sub bidang Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, meliputi:
    1) Penerbitan izin praktek dan izin kerja tenaga kesehatan; dan
    2) Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten/kota
c. Sub bidang Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman, meliputi:
    1) Penerbitan izin apotik, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal;

2) Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT);
3) Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga;
4) Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga; dan
5) Pengawasan *post-market* produk makanan-minuman industri rumah tangga.

d. Sub bidang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yaitu Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kab/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat Kabupaten/Kota.

Di samping juga mengakomodasi tugas, wewenang, dan tanggung jawab Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk di bidang kesehatan sebagaimana diamanahkan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta peraturan perundang-undangan pelaksanaannya.

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

Dengan diterapkannya Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah nantinya diharapkan akan memberikan payung hukum bagi Pemerintah Daerah dan/atau Masyarakat, termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta dalam penyelenggaraan kesehatan di Daerah. Peraturan Daerah ini juga

menjadi landasan, pedoman, dan arah untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya melalui upaya kesehatan dan pengelolaan sumberdaya kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan.

Pembentukan Ranperda tentang SKD merupakan upaya pemerintah daerah untuk mengatasi permasalahan yang muncul dalam pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan baik oleh Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa dan/atau Masyarakat. Pengelolaan Kesehatan tersebut diselanggarakan 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.

Pembentukan Raperda tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk merupakan kebutuhan strategis untuk mewujudkan sistem kesehatan yang terpadu, adil, dan berkelanjutan serta meningkatkan ketahanan kesehatan daerah menghadapi tantangan masa depan.

Untuk mengetahui urgensi pembentukan Peraturan Daerah tentang SKD, serta dampak atau implikasi atas implementasinya terhadap beban keuangan daerah, maka perlu dilakukan identifikasi melalui beberapa aspek yang meliputi *Return on Capital Invested*, *Payback*, *Profitability*, *Implementation Risk*, dan *Impact*. Identifikasi tersebut dilakukan dengan menggunakan metode pendekatan *Regulatory Impact Analysis* (RIA). Melalui RIA ini akan dapat membantu daerah guna menghitung nilai RIA dari kebijakan yang akan diimplementasikan dengan mengacu pada pengukuran biaya yang diperlukan untuk

implementasi kebijakan, penghitungan potensi keuntungan yang akan dihasilkan daerah, serta mengukur dampak kebijakan terhadap masyarakat secara keseluruhan serta mengevaluasi resiko implementasi kebijakan.

Metode RIA dalam pembentukan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah dilakukan melalui langkah-langkah sebagai berikut:

1. Identifikasi Masalah *(Problem Identification)*

   Berdasarkan identifikasi yang dilakukan beberapa masalah di Kabupaten Nganjuk terkait Sistem Kesehatan Daerah antara lain adalah:

   a. Kondisi Umum;

      Kabupaten Nganjuk menghadapi tantangan kesehatan daerah yang mencakup:

      1) Masalah kesehatan masyarakat:
         a) kasus stunting dan gizi kurang;
         b) penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes);
         c) penyakit menular (seperti tuberculosis/TB, demam berdarah dengue/DBD);
         d) kematian ibu dan bayi.
      2) Akses pelayanan kesehatan:
         a) distribusi tenaga kesehatan belum merata;
         b) keterbatasan jumlah fasilitas pelayanan Kesehatan;
         c) di wilayah pinggiran/desa.
      3) Pembiayaan kesehatan:
         a) ketergantungan pada JKN/BPJS Kesehatan;
         b) keterbatasan fiskal daerah; dan

c) belum adanya dukungan anggaran dari Desa (APBDes).

4) Koordinasi lintas sektor belum terintegrasi dalam satu sistem kesehatan daerah.
5) Kesiapsiagaan krisis kesehatan: pengalaman pandemi COVID-19 menunjukkan perlunya sistem kesehatan yang tangguh.
6) Transformasi digital kesehatan: integrasi data dan sistem informasi kesehatan belum optimal.

b. Permasalahan regulasi:
   1) keberadaan Perda yang mengatur Sistem Kesehatan Daerah saat ini tidak sesuai dengan perkembangan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dan kebijakan pemerintah terkait bidang Kesehatan khususnya UU No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, PP No 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, beserta peraturan pelaksanaannya;
   2) belum ada dasar hukum yang komprehensif untuk:
      a) integrasi layanan Kesehatan;
      b) penguatan pembiayaan daerah;
      c) sistem rujukan terintegrasi; dan
      d) penguatan surveilans kesehatan.

c. dampak jika tidak diatur *(do nothing option)*:
   1) sistem kesehatan berjalan parsial dan tidak terintegrasi;
   2) inefisiensi pembiayaan Kesehatan;
   3) tingginya risiko kegagalan respons krisis Kesehatan;
   4) ketimpangan akses layanan Kesehatan; dan
   5) rendahnya ketahanan kesehatan daerah.

2. Tujuan Pengaturan *(Policy Objectives)*

Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah (SKD) Kabupaten Nganjuk bertujuan untuk:

a. mewujudkan sistem kesehatan daerah yang:
   1) terpadu;
   2) berkeadilan;
   3) berkelanjutan; dan
   4) berbasis kebutuhan masyarakat.
b. menjamin akses layanan kesehatan yang merata.
c. meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
d. mengintegrasikan pembiayaan kesehatan daerah.
e. memperkuat ketahanan kesehatan daerah *(health resilience)*.
f. meningkatkan koordinasi lintas sektor dan tata kelola kesehatan.

3. Identifikasi Opsi Kebijakan:

Opsi	Deskripsi	Kelebihan	Kelemahan
1	Status Quo (tanpa Perda SKD): a. Mengandalkan UU Kesehatan dan regulasi pusat; b. Tidak ada penguatan sistem lokal sesuai kebutuhan Nganjuk.		a. Tidak responsif terhadap kebutuhan lokal; b. Tidak ada kepastian hukum sistem kesehatan daerah
2	Revisi Regulasi Parsial: a. Memperbaiki aturan kesehatan dalam Perda yang sudah ada.		a. Tidak komprehensif; b. Koordinasi tetap lemah

	b. Pengaturan tetap tersebar dan tidak sistematis.		
3	Membentuk Perda Sistem Kesehatan Daerah *(Rekomendasi)*: Mengatur secara komprehensif: a. Upaya kesehatan (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) b. SDM kesehatan c. Fasilitas kesehatan d. Pembiayaan kesehatan e. Sistem rujukan f. Sistem informasi kesehatan g. Kesiapsiagaan krisis kesehatan h. Peran masyarakat dan swasta	a. Kepastian hukum b. Integrasi sistem Kesehatan; c. Responsif terhadap kebutuhan local; d. Mendukung transformasi kesehatan nasional	

4. Analisis dampak regulasi *(impact assessment)*

Pembentukan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah ini dilakukan dalam rangka:

a. mewujudkan sistem kesehatan daerah yang terpadu, berkeadilan, berkelanjutan, dan berbasis kebutuhan Masyarakat;
b. menjamin akses layanan kesehatan yang merata;
c. meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan;
d. mengintegrasikan pembiayaan kesehatan daerah;
e. memperkuat ketahanan kesehatan daerah *(health resilience)*; dan

f. meningkatkan koordinasi lintas sektor dan tata kelola kesehatan.

Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah akan memberikan dampak baik yang positif maupun negatif terhadap kehidupan masyarakat. Dampak tersebut dapat disajikan dalam tabel berikut:

Aspek	Dampak Positif	Dampak Negatif (potensial)
Sosial	a. Akses layanan kesehatan lebih merata. b. Penurunan angka stunting dan penyakit menular; c. Peningkatan kualitas hidup masyarakat.	
Ekonomi	a. Penurunan beban biaya kesehatan rumah tangga; b. Peningkatan produktivitas masyarakat sehat. c. Efisiensi pembiayaan kesehatan daerah.	
Tata Kelola	a. Integrasi lintas OPD; b. Penguatan sistem rujukan; c. Pengelolaan data kesehatan berbasis digital.	
Kesiapsiagaaan	a. Respons cepat terhadap wabah/krisis kesehatan.	

	b. Peningkatan kapasitas surveilans epidemiologi.	
Beban Keuangan Daerah		a. Penguatan fasilitas kesehatan. b. Pengembangan sistem informasi kesehatan. c. Pelatihan SDM. d. Cadangan dana krisis kesehatan.
Beban Administrasi		a. Koordinasi lintas OPD lebih intensif. b. Penyusunan regulasi turunan dan SOP. Namun biaya tersebut merupakan investasi jangka 100asyara untuk 100asyaraka 100asyarakat.

5. Analisis beban dan manfaat *(Cost-Benefit Analysis)*:

Pembentukan Raperda SKD memerlukan peningkatan anggaran pada tahap awal. Namun demikian, manfaat jangka panjang secara sosial dan ekonomi jauh lebih besar dibanding biaya implementasi. Investasi pada sistem kesehatan daerah meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan masyarakat. Raperda SKD secara ekonomi dan sosial layak untuk ditetapkan.

Kebijakan berupa Peraturan Daerah tentang SKD bisa dikaji atas beban dan manfaatnya. Analisis beban dan manfaat tersebut adalah sebagai berikut:

a. Identifikasi Komponen Biaya *(Cost)*

Biaya yang muncul dapat dibedakan menjadi biaya langsung *(direct cost)* dan biaya tidak langsung *(indirect cost)*.

1) Biaya Langsung (*Direct Cost)*

a) Biaya kelembagaan dan regulasi:
   - penyusunan regulasi turunan (Perbup, SOP);
   - pembentukan forum koordinasi kesehatan daerah; dan
   - monitoring dan evaluasi sistem.

b) Biaya penguatan fasilitas kesehatan:
   - peningkatan sarana dan prasarana Puskesmas;
   - pengembangan RSUD;
   - penguatan laboratorium kesehatan daerah; dan
   - penyediaan alat kesehatan.

c) Biaya penguatan SDM kesehatan:
   - pelatihan tenaga Kesehatan;
   - insentif tenaga kesehatan di daerah terpencil; dan
   - rekrutmen tenaga kesehatan tambahan.

d) Biaya digitalisasi dan sistem informasi:
   - pengembangan sistem informasi kesehatan terintegrasi;
   - integrasi data Puskesmas–RSUD–Dinas Kesehatan; dan

- infrastruktur jaringan dan server;

e) Biaya kesiapsiagaan krisis Kesehatan:
   - cadangan logistik Kesehatan;
   - dana tanggap darurat wabah; dan
   - penguatan sistem surveilans epidemiologi.

2) Biaya tidak langsung (Indirect Cost)
   a) penyesuaian administrasi antar-OPD;
   b) penyesuaian prosedur layanan Kesehatan;
   c) beban pelaporan dan koordinasi tambahan; dan
   d) potensi resistensi awal terhadap perubahan sistem.

b. Identifikasi Manfaat *(Benefit)*

Manfaat Raperda SKD bersifat jangka pendek, menengah, dan panjang, serta mencakup aspek sosial, ekonomi, dan tata kelola. Selengkapnya manfaat tersebut meliputi:

1) manfaat sosial, antara berupa:
   a) akses layanan kesehatan lebih merata;
   b) penurunan angka stunting, kematian ibu dan bayi;
   c) pengendalian penyakit menular dan tidak menular;
   d) peningkatan derajat kesehatan Masyarakat; dan
   e) erlindungan kelompok rentan (lansia, disabilitas, miskin).

2) manfaat ekonomi antara lain berupa:
   a) penurunan beban biaya kesehatan rumah tangga;
   b) mengurangi *catastrophic health expenditure*;
   c) meningkatkan produktivitas tenaga kerja;
   d) mengurangi kerugian ekonomi akibat wabah; dan
   e) fisiensi belanja kesehatan daerah.

3) manfaat fiskal dan tata Kelola, antara lain berupa:
   a) efektivitas penggunaan APBD sektor Kesehatan;

b) integrasi pembiayaan (APBD, JKN/BPJS, dan sumber lain);
c) peningkatan akuntabilitas anggaran kesehatan; dan
d) pengambilan kebijakan berbasis data (evidence-based policy).

4) manfaat ketahanan kesehatan *(Health Resilience)* antara lain berupa:
a) respons cepat terhadap pandemi/wabah/KLB;
b) sistem rujukan yang terkoordinasi;
c) kesiapsiagaan fasilitas Kesehatan; dan
d) penguatan sistem surveilans dan deteksi dini.

c. Analisis perbandingan biaya dan manfaat

Analisis perbandingan biaya dan manfaat Raperda SKD dalam jangka pendek dan panjang adalah sebagai dalam tabel berikut:

Komponen	**Jangka Pendek**	**Jangka Panjang**
Biaya	Peningkatan Belanja APBD	Stabil dan terintegrasi.
Manfaat Sosial	Mulai terasa.	Signifikan dan berkelanjutan.
Manfaat Ekonomi	Terbatas.	Produktivitas meningkat.
Manfaat Fiskal	Adaptasi awal	Penghematan belanja kuratif

Analisis kualitatifnya adalah biaya implementasi relatif tinggi pada tahap awal. Namun manfaat kesehatan dan ekonomi bersifat multiplikatif dan berkelanjutan. Investasi pada promotif-preventif mengurangi biaya kuratif jangka panjang.

Analisis *Cost-Effectiveness*: Pendekatan promotif dan preventif dalam SKD:

1) lebih murah dibanding pengobatan penyakit kronis;
2) mengurangi pembiayaan jangka panjang JKN/BPJS; dan
3) menurunkan angka rujukan rumah sakit.

Dengan demikian, Raperda SKD memiliki efektivitas biaya tinggi *(high cost-effectiveness)*.

Analisis *Net Social Benefit*: Jika dihitung secara kualitatif maka:

Total Manfaat Sosial dan Ekonomi > Total Biaya Implementasi

Artinya:

1) Raperda memberikan *Net Social Benefit* positif;
2) Layak secara ekonomi, sosial, dan fiscal; dan
3) mendukung pembangunan daerah berkelanjutan.

d. Kesimpulan Analisis *Cost-Benefit*.

1) Pembentukan Raperda SKD memerlukan peningkatan anggaran pada tahap awal;
2) Manfaat jangka panjang secara sosial dan ekonomi jauh lebih besar dibanding biaya implementasi;
3) Investasi pada sistem kesehatan daerah meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan Masyarakat; dan
4) Raperda SKD secara ekonomi dan sosial layak untuk ditetapkan.

Di samping melalui RIA, untuk menemukan penjelasan atau penyebab terjadinya permasalahan atau perilaku yang bermasalah dalam suatu penyelenggaraan pemerintahan daerah, maka dilakukanlah agenda ROCCIPI atau POKKIPI yang merupakan akronim dari sejumlah kategori, yakni:

- ***R**ule* (**P**eraturan)
- ***O**pportunity* (**O**portunitas/Kesempatan)

- ***C**apacity* (**K**apasitas/Kemampuan)
- ***C**ommunication* (**K**omunikasi)
- ***I**nterest* (**I**nteres/Kepentingan)
- ***P**rocess* (**P**roses)
- ***I**deology* (**I**deologi)

1. Kategori "*Rule* (Peraturan)".

   Permasalahannya adalah:

   a. Keberadaan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah saat ini tidak sesuai peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi khususnya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan beserta peraturan pelaksanaannya, dan kebutuhan hukum Masyarakat;
   b. Upaya Kesehatan belum dilaksanakan secara integrasi melalui Upaya promotive, preventif, kuratif, rehabilitative, dan paliatif secara sistematis.
   c. Belum ada kepastian pengaturan pembiayaan kesehatan daerah dan kesiapsiagaan krisis.

   Kondisi ini berimplikasi: ketidakjelasan kewenangan antar OPD, ketidakterpaduan sistem rujukan, dan lemahnya kepastian hukum pelayanan kesehatan.

   Solusinya adalah materi Ranperda: a) mengatur SKD secara komprehensif (upaya kesehatan, SDM, fasilitas, pembiayaan, sistem informasi); b) penegasan pembagian kewenangan dan tanggung jawab; c) pengaturan sistem rujukan terintegrasi; dan d) penguatan regulasi pembiayaan dan dana krisis kesehatan.

2. Kategori "*Opportunity* (Oportunitas/Peluang)"

   Permasalahannya adalah: 1) akses layanan kesehatan belum merata; 2) masih terdapat wilayah di daerah memiliki keterbatasan fasilitas dan tenaga Kesehatan; dan 3) peluang pemanfaatan teknologi kesehatan belum optimal. Implikasi dari

kondisi dan permasalahan tersebut meliputi: a) terjadinya ketimpangan layanan; b) tingginya beban rujukan ke RSUD; dan c) inefisiensi pelayanan. Solusi dalam Ranperda adalah: a) penguatan pelayanan kesehatan primer (Puskesmas); b) pemanfaatan telemedicine; c) pengembangan jejaring layanan kesehatan publik dan swasta; dan d) insentif bagi tenaga kesehatan yang bertugas di wilayah yang memiliki Tingkat kesulitan aksebilitas.

3. Kategori "*Capacity* (Kemampuan).

   Permasalahan yang ada antara lain: a) keterbatasan SDM Kesehatan; b) kapasitas manajerial dan koordinasi belum optimal; dan c) sistem informasi kesehatan belum terintegrasi. Kondisi atau permasalahan tersebut berimplikasi pada: 1) pelayanan kurang optimal; 2) respons lambat terhadap wabah/krisis; dan 3) pengambilan kebijakan tidak berbasis data. Solusi dalam Ranperda adalah dengan: a) penguatan kapasitas SDM melalui pelatihan; b) integrasi sistem informasi kesehatan daerah; c) penguatan surveilans epidemiologi; dan d) standarisasi pelayanan kesehatan.

4. Kategori "*Communication* (Komunikasi)"

   Permasalahan yang ada adalah: a) edukasi kesehatan masyarakat belum optimal; b) kurangnya komunikasi risiko saat krisis Kesehatan; c) informasi layanan kesehatan belum terintegrasi. Kondisi ini berimplikasi pada: 1) rendahnya kesadaran preventif Masyarakat; 2) misinformasi saat wabah; dan 3) kurangnya partisipasi masyarakat. Solusi dalam Ranperda: a) penguatan promosi Kesehatan; b) sistem komunikasi risiko kesehatan daerah; c) digitalisasi informasi layanan Kesehatan; dan d) Keterlibatan media dan komunitas.

5. Kategori "Interest (Interes/Kepentingan)

   Permasalahan yang ada adalah: a) potensi konflik kepentingan antara efisiensi anggaran dan kebutuhan layanan; b) kepentingan fasilitas kesehatan swasta dan public; dan c) ketergantungan pada pembiayaan JKN/BPJS.

Implikasi dari kondisi tersebut adalah: 1) kebijakan bisa bias atau tidak optimal; dan 2) Fragmentasi sistem pembiayaan. Selanjutnya solusi dalam Ranperda adalah: a) pengaturan transparansi pembiayaan Kesehatan; b) integrasi pembiayaan APBD dan JKN/BPJS; c) penguatan akuntabilitas tata kelola Kesehatan; dan d) kemitraan publik–swasta yang terstruktur.

6. Kategori "Process (Proses)"

   Permasalahan yang ada antara lain: a) prosedur layanan dan rujukan belum efisien; b) koordinasi lintas OPD kurang sistematis; dan c) belum semua layanan ada SOP yang terintegrasi dalam kondisi krisis. Implikasi dari permasalahan tersebut adalah: 1) lambatnya penanganan pasien; 2) duplikasi layanan; dan 3) ketidakefisienan anggaran. Solusi yang bisa dilakukan dalam Ranperda: a) penyusunan SOP terpadu; b) penguatan mekanisme koordinasi lintas sektor; c) standarisasi sistem rujukan berjenjang; dan d) monitoring dan evaluasi berkala.

7. Kategori "Ideologi (Ideology) atau Nilai dan Paradigma"

   Permasalahan yang ada antara lain: a) paradigma kuratif masih dominan; b) promotif–preventif belum menjadi prioritas utama; dan c) belum sepenuhnya mencerminkan prinsip keadilan dan hak atas Kesehatan. Implikasi dari permasalahan tersebut: 1) pembiayaan lebih banyak terserap pada pengobatan; dan 2) beban kesehatan masyarakat tetap tinggi. Solusi dalam Ranperda: a) menegaskan kesehatan sebagai hak dasar warga; b) prioritas promotif dan preventif; c) pendekatan keadilan sosial dan inklusivitas; dan d) penguatan prinsip kesehatan sebagai investasi pembangunan.

Kesimpulan yang dapat diambil dari pendekatan ROCCIPI menunjukkan bahwa permasalahan sistem kesehatan daerah tidak hanya terletak pada aspek aturan *(rule)*, tetapi juga pada:

a. keterbatasan kapasitas;

b. kurangnya koordinasi proses;
c. ketimpangan peluang akses;
d. konflik kepentingan;
e. lemahnya komunikasi; dan
f. paradigma kebijakan yang belum sepenuhnya preventif.

Ranperda tentang Sistem Kesehatan Daerah diperlukan sebagai instrumen hukum untuk:

a. menyempurnakan kerangka aturan yang ada;
b. menguatkan kapasitas kelembagaan;
c. mengintegrasikan sistem layanan;
d. menjamin keadilan akses kesehatan; dan
e. mewujudkan ketahanan kesehatan daerah.

Pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah diharapkan mampu memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi pemerintah daerah dan masyarakat sebagai bentuk implikasi empiris di daerah, berupa peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya diperlukan keterpaduan upaya kesehatan dan pengelolaan sumberdaya kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan dengan pelibatan masyarakat secara luas.

BAB III
EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

Suatu perundang-undangan isinya tidak boleh bertentangan dengan isi perundang-undangan yang lebih tinggi tingkatannya atau derajatnya. Menurut Amiroeddin Syarif (1997: 78). Berdasarkan asas dapat diperinci hal-hal sebagai berikut:

1. Perundang-undangan yang rendah derajatnya tidak dapat mengubah atau mengenyampingkan ketentuan-ketentuan perundang-undangan yang lebih tinggi, tetapi yang sebaliknya dapat.
2. Perundang-undangan hanya dapat dicabut, diubah atau ditambah oleh atau dengan perundang-undangan yang sederajat atau yang lebih tinggi tingkatannya.
3. Ketentuan perundang-undangan yang lebih rendah tingkatannya tidak mempunyai kekuatan hukum dan tidak mengikat apabila bertentangan dengan perundang-undangan yang lebih tinggi tingkatannya. Dan ketentuan-ketentuan perundang-undangan yang yang lebih tinggi tetap berlaku dan mempunyai kekuatan hukum serta mengikat, walaupun diubah, ditambah, diganti atau dicabut oleh perundang-undangan yang lebih tinggi.
4. Materi yang seharusnya diatur oleh perundang-undangan yang lebih tinggi tingkatannya tidak dapat diatur oleh perundang-undangan yang lebih rendah.

Asas tersebut penting untuk ditaati. Tidak ditaatinya asas tersebut akan menimbulkan ketidaktertiban dan ketidakpastian dari

sistem perundang-undangan. Bahkan dapat menimbulkan kekacauan atau kesimpangsiuran perundang-undangan.

Dalam proses Pembentukan Peraturan Daerah, terdapat beberapa asas yang menjadi landasan yuridis yang perlu diperhatikan, yakni:

1. *Lex superior derogat lexatheriorri* dan *lex superior lex inferiori*; yang berarti hukum yang dibuat oleh kekuasaan yang lebih tinggi kedudukannya mengesampingkan hukum yang lebih rendah
2. *Asas lex spesialis derogat lex generalis*; yang berarti bahwa hukum yang khusus mengesampingkan hukum yang umum,
3. Asas *lex posteriori derogat lex priori*; yang artinya hukum yang baru mengesampingkan hukum yang lama.
4. Asas *delegata potestas non potest delegasi*; yang berarti penerima delegasi tidak berwewenang mendelegasikan lagi tanpa persetujuan pemberi delegasi.

Dalam Pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah memiliki relevansi dengan substansi beberapa peraturan perundang-undangan. Beberapa peraturan perundang-undangan tersebut akan diuraikan di bawah ini.

A. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Beberapa ketentuan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang relevan dikemukakan dalam tulisan ini adalah:

Pasal 18 ayat (5) dan (6) menyebutkan bahwa:

(5) Pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya, kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah.

(6) Pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan.

Pasal tersebut mengandung maksud bahwa pemerintahan daerah menjalankan otonomi yaitu kewenangan

untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan kecuali urusan yang memang bukan menjadi urusan pemerintah daerah (urusan pemerintah pusat).. Selanjutnya dalam rangka mengatur tersebut maka Pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan.

Di samping pasal tersebut, terdapat beberapa ketentuan terkait seperti dalam:

1. Pasal 28H ayat (1) yang menyebutkan bahwa: "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan medapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan Kesehatan"
2. Pasal 34 yang selengkapnya berbunyi:
   (1) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara.
   (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
   (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
   (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang.

B. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia

Hak asasi manusia merupakan hak dasar yang secara kodrati melekat pada diri manusia, bersifat universal dan langgeng, oleh karena itu harus dilindungi, dihormati, dipertahankan, dan tidak boleh diabaikan, dikurangi, atau dirampas oleh siapapun. Dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara selain terdapat hak asasi, manusia juga mempunyai kewajiban dasar antara manusia yang satu terhadap yang lain dan terhadap masyarakat secara keseluruhan dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.

Bangsa Indonesia sebagai anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa mengemban tanggung jawab moral dan hukum untuk menjunjung tinggi dan melaksanakan Deklarasi Universal tentang Hak Asasi Manusia yang ditetapkan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa, serta berbagai instrumen internasional lainnya mengenai hak asasi manusia yang telah diterima oleh negara Republik Indonesia.

Secara konseptual sesuatu yang dinyatakan sebagai hak asasi manusia, memberikan tanggungjawab untuk tiga (3) hal yaitu: menghormati (to respect), melindungi (to protect) dan memenuhi (to ful fill). Dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, hak-hak anak sudah diakui dan oleh karenanya perlu diberi jaminan perlindungan hukumnya.

Menyangkut perlindungan sosial berdasarkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 terdapat beberapa ketentuan sebagai berikut: Pasal 40 yang berbunyi: Setiap orang berhak untuk bertempat tinggal serta berkehidupan yang layak. Pasal 41 yang berbunyi: (1) Setiap warga negara berhak atas jaminan sosial yang dibutuhkan untuk hidup layak serta untuk perkembangan priadinya secara utuh. (2) Setiap penyandang cacat, orang yang berusia lanjut, wanita hamil, dan anak-anak, berhak memperoleh kemudahan dan perlakuan khusus.

Dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, masalah perlindungan hak-hak anak ternyata telah mendapat perhatian yang lebih besar. Sebagaimana dimaksud dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor XVII/MPR/1998 tentang Hak Asasi Manusia, adalah merupakan tugas setiap lembaga tinggi negara dan seluruh aparatur pemerintahan untuk menghormati menegakkan dan menyebarluaskan pemahaman tentang hak asasi manusia termasuk hak berkehidupan yang layak dan hak atas jaminan sosial yang dibutuhkan untuk hidup layak serta untuk perkembangan priadinya secara utuh.

Rumusan ketentuan yang terdapat dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang HAM terkait dengan kesehatan dalam UU ini terdapat dalam:

Pasal 49

(1) Wanita berhak untuk memilih, dipilih, diangkat dalam pekerjaan, jabatan, dan profesi sesuai dengan persyaratan dan peraturan perundang-undangan.
(2) Wanita berhak untuk mendapatkan perlindungan khusus dalam pelaksanaan pekerjaan atau profesinya terhadap hal-hal yang dapat mengancam keselamatan dan atau kesehatannya berkenaan dengan fungsi reproduksi wanita.
(3) Hak khusus yangmelekat pada diri wanita dikarenakan fungsi reproduksinya, dijamin dan dilindungi oleh hukum.

Yang dimaksud dengan “perlindungan khusus terhadap fungsi reproduksi” adalah pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan haid, hamil, melahirkan, dan pemberian kesempatan untuk menyusui anak.

Pasal 62
Setiap anak berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial secara layak, sesuai dengan kebutuhan fisik dan mentap spiritualnya.

Pasal 64
Setiap anak berhak untuk memperoleh perlindungan dari kegiatan eksploitasi ekonomi dan setiap pekerjaan yang membahayakan dirinya, sehingga dapat mengganggu pendidikan, kesehatan fisik, moral. kehidupan sosial, dan mental spiritualnya.

C. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan sebagaimana 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.

Beberapa ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 yang relevan untuk dikemukakan dalam tulisan ini adalah sebagai berikut:
Pasal 5

Dalam membentuk Peraturan Perundang-undangan harus dilakukan berdasarkan pada asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang baik, yang meliputi:

a. kejelasan tujuan;
b. kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat;
c. kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan;
d. dapat dilaksanakan;
e. kedayagunaan dan kehasilgunaan;
f. kejelasan rumusan; dan
g. keterbukaan.

Selanjutnya dalam Penjelasan Pasal 5 UU No 12 Tahun 2011 dijelaskan sebagai berikut.

Huruf a

Yang dimaksud dengan "asas kejelasan tujuan" adalah bahwa setiap Pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus mempunyai tujuan yang jelas yang hendak dicapai.

Huruf b

Yang dimaksud dengan "asas kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat" adalah bahwa setiap jenis Peraturan Perundang-undangan harus dibuat oleh lembaga negara atau pejabat Pembentuk Peraturan Perundang-undangan yang berwenang. Peraturan Perundang-undangan tersebut dapat dibatalkan atau batal demi hukum apabila dibuat oleh lembaga negara atau pejabat yang tidak berwenang.

Huruf c

Yang dimaksud dengan "asas kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan" adalah bahwa dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus benar-benar memperhatikan materi muatan yang tepat sesuai dengan jenis dan hierarki Peraturan Perundang-undangan.

Huruf d

Yang dimaksud dengan "asas dapat dilaksanakan" adalah bahwa setiap Pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus memperhitungkan efektivitas Peraturan Perundang-undangan tersebut di dalam masyarakat, baik secara filosofis, sosiologis, maupun yuridis.

Huruf e

Yang dimaksud dengan "asas kedayagunaan dan kehasilgunaan" adalah bahwa setiap Peraturan Perundang-undangan dibuat karena memang benar-benar dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.

Huruf f

Yang dimaksud dengan "asas kejelasan rumusan" adalah bahwa setiap Peraturan Perundang-undangan harus memenuhi persyaratan teknis penyusunan Peraturan Perundang-undangan, sistematika, pilihan kata atau istilah, serta bahasa hukum yang jelas dan mudah dimengerti sehingga tidak menimbulkan berbagai macam interpretasi dalam pelaksanaannya.

Huruf g

Yang dimaksud dengan “asas keterbukaan” adalah bahwa dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mulai dari perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan bersifat transparan dan terbuka. Dengan demikian, seluruh lapisan masyarakat mempunyai kesempatan yang seluas-luasnya untuk memberikan masukan dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 6

a. Materi muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan asas:
   1) pengayoman;
   2) kemanusiaan;
   3) kebangsaan;
   4) kekeluargaan;
   5) kenusantaraan;
   6) bhinneka tunggal ika;
   7) keadilan;
   8) kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan;
   9) ketertiban dan kepastian hukum; dan/atau
   10) keseimbangan, keserasian, dan keselarasan.

b. Selain mencerminkan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Peraturan Perundang-undangan tertentu dapat berisi asas lain sesuai dengan bidang hukum Peraturan Perundang-undangan yang bersangkutan.

Selanjutnya dalam Penjelasan Pasal 6 ayat (1) UU No 12 Tahun 2011 dijelaskan sebagai berikut.
Huruf a
Yang dimaksud dengan “asas pengayoman” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus berfungsi memberikan pelindungan untuk menciptakan ketentraman masyarakat.

Huruf b

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

Huruf c

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

Huruf d

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

Huruf e

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

Huruf f

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

Huruf g

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

Huruf h

Yang dimaksud dengan “asas kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan” adalah bahwa setiap Materi Muatan

Peraturan Perundang-undangan tidak boleh memuat hal yang bersifat membedakan berdasarkan latar belakang, antara lain, agama, suku, ras, golongan, gender, atau status sosial.

Huruf i

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

Huruf j

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

Pasal 14

Materi muatan Peraturan Daerah Provinsi dan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota berisi materi muatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan serta menampung kondisi khusus daerah dan/atau penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi.

D. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan PERPU Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang.

Implementasi otonomi daerah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia dilakukan dengan membangun hubungan antara pemerintah pusat dengan pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Berdasarkan konsep tersebut maka negara Indonesia mengundangkan undang-undangan terkait pemerintahan daerah. Undang-undang yang mengatur Pemerintahan Daerah saat ini adalah Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

Beberapa ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 yang relevan untuk dikemukakan dalam tulisan ini adalah sebagai berikut:

Berdasarkan ketentuan Pasal 1 butir 2 UU No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah disebutkan bahwa: *Pemerintahan Daerah adalah 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.* Selanjutnya dalam butir 5 dan 6 disebutkan bahwa:

> *Urusan Pemerintahan adalah kekuasaan pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden yang pelaksanaannya dilakukan oleh kementerian negara dan penyelenggara Pemerintahan Daerah untuk melindungi, melayani, memberdayakan, dan menyejahterakan masyarakat.*
> *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.*

Urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan Daerah terdiri atas Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan. Urusan Pemerintahan Wajib sebagaimana dimaksud terdiri atas Urusan Pemerintahan yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar dan Urusan Pemerintahan yang tidak berkaitan dengan Pelayanan Dasar. Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar adalah Urusan Pemerintahan Wajib yang sebagian substansinya merupakan Pelayanan Dasar.

Salah satu urusan pemerintahan wajib berkaitan pelayanan dasar adalah urusan bidang kesehatan. Urusan kesehatan ini dibagi dalam 4 sub urusan yaitu: upaya kesehatan; sumber daya manusia kesehatan; sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman; dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang mejadi kewenangan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. Berdasarkan lampiran 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 Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, kewenagan Pemerintah Kabupaten/Kota di bidang kesehatan adalah sebagai berikut.

i. Sub bidang Upaya Kesehatan, meliputi:
    7) Pengelolaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota;
    8) Pengelolaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota; dan
    9) Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah kabupaten/kota.

j. Sub bidang Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, meliputi:
    5) Penerbitan izin praktek dan izin kerja tenaga kesehatan; dan
    6) Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten/kota

k. Sub bidang Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman, meliputi:
    11) Penerbitan izin apotik, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal;
    12) Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT);

13) Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga;
14) Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga; dan
15) Pengawasan *post-market* produk makanan-minuman industri rumah tangga.

l. Sub bidang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yaitu Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kab/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat Kabupaten/Kota.

Pasal 16

(1) Pemerintah Pusat dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan konkuren sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) berwenang untuk:
   a. menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria dalam rangka penyelenggaraan Urusan Pemerintahan; dan
   b. melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.

(2) Penetapan norma, standar, prosedur, dan kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mengacu atau mengadopsi praktik yang baik (good practices).

(3) Norma, standar, prosedur, dan kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berbentuk ketentuan peraturan perundang-undangan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat sebagai aturan pelaksanaan dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat dan yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah.

(2) Pemerintah Pusat dapat mendelegasikan peraturan pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (3) kepada kepala

daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah.

(3) Kewenangan Pemerintah Pusat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dibantu oleh kementerian dan lembaga pemerintah nonkementerian.

(4) Pelaksanaan kewenangan yang dilakukan oleh lembaga pemerintah nonkementerian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) harus dikoordinasikan dengan kementerian terkait.

(5) Penetapan norma, standar, prosedur, dan kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak peraturan pemerintah mengenai pelaksanaan urusan pemerintahan konkuren diundangkan.

Pasal 236

(1) Untuk menyelenggarakan Otonomi Daerah dan Tugas Pembantuan, Daerah membentuk Perda.

(2) Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh DPRD dengan persetujuan bersama kepala Daerah.

(3) Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat materi muatan:
   a. penyelenggaraan Otonomi Daerah dan Tugas Pembantuan; dan
   b. penjabaran lebih lanjut ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

(4) Selain materi muatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Perda dapat memuat materi muatan lokal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 237

(1) Asas pembentukan dan materi muatan Perda berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan dan asas hukum yang tumbuh dan berkembang dalam masyarakat sepanjang tidak bertentangan dengan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.

(2) Pembentukan Perda mencakup tahapan perencanaan, penyusunan, pembahasan, penetapan, dan pengundangan yang berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

(3) Masyarakat berhak memberikan masukan secara lisan dan/atau tertulis dalam pembentukan Perda.
(4) Pembentukan Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara efektif dan efisien.

Pasal 250
Peraturan Daerah dan Peraturan Kepala Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 249 ayat (1) dan ayat (3) dilarang bertentangan dengan ketentuan Peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, asas materi muatan peraturan perundang-undangan, dan putusan pengadilan.

Pasal 251
Agar tidak bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, asas materi muatan peraturan perundang-undangan, dan putusan pengadilan, penJrusunan Peraturan Daerah dan Peraturan Kepala Daerah berkoordinasi dengan kementerian yang membidangi urusan pemerintahan dalam negeri dan melibatkan ahli dan/atau instansi vertikal di daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pembentukan peraturan perundang-undangan.

E. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Indonesia sebagai negara hukum yang berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 memiliki tujuan negara yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, serta ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Untuk mencapai tqjuan negara tersebut diselenggarakan pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terarah, dan terpadu, termasuk diantaranya Pembangunan Kesehatan.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan tqjuan negara sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan

Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, nondiskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan, yang sangat penting artinya bagr pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembanunan nasional.

Guna memberikan paying hukum yang sistematis, komprehensif, dan terintegrasi, maka pada tanggal 8 Agustus 2023 Pemerintah mengundangkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lemabaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887). Sistematika undang-undang ini terdiri dari 20 Bab dan 458 Pasal.

Pembentukan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan didasarkan pada 5 landasan atau pertimbangan, yaitu:

a. bahwa negara menjamin hak setiap warga negara untuk mewujudkan kehidupan yang baik, sehat, serta Sejahtera lahir dan batin demi tercapainya tujuan nasional dalam melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia untuk memajukan kesejahteraan umum sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

b. bahwa pembangunan 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;

c. bahwa permasalahan dan gangguan kesehatan pada masyarakat akan menurunkan produktivitas dan menimbulkan kerugian bagi negara sehingga diperlukan transformasi kesehatan untuk tercapainya peningkatan derajat kesehatan masyarakat;

d. bahwa pembangunan kesehatan masyarakat semakin baik dan terbuka sehingga menciptakan kemandirian dan mendorong perkembangan industri kesehatan nasional pada tingkat regional dan global serta mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau bagi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat;

e. bahwa untuk meningkatkan kapasitas dan ketahanan kesehatan diperlukan penyesuaian berbagai kebdakan untuk penguatan sistem kesehatan secara integratif dan holistik dalam 1 (satu) undang-undang secara komprehensif;

Berdasarkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan penyelenggaraan Kesehatan dilaksanakan bertujuan untuk:

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 pelindungan dan kepastian hukum bagi Pasien, Sumber Daya Manusia Kesehatan, dan masyarakat.

Undang-Undang ini memuat substansi yang mendukung penyelenggaraan transformasi sistem Kesehatan, yang 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 mela-lui 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 *(precision Medisine)*;
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 penJrusunan 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
n. antarkementerian/lembaga dan pihak terkait untuk penguatan sistem Kesehatan.

Secara umum, Undang-Undang ini memuat materi pokok yang disusun secara sistematis mencakup ketentuan umum, 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.

Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan tersebut mencabut dan menyatakan tidak berlakunya beberapa undang-undang yaitu:

a. UU No 29 Tahun 1949 tentang Ordonansi Obat Keras (Staatsblad 1949 Nomor 419);
b. UU No 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
c. UU No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
d. UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
e. UU No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
f. UU No 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran;
g. UU No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
h. UU No 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
i. UU No 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
j. UU No 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan; dan
k. UU No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan.

Sebagai dasar pengaturan atas penyelenggaraan bidang Kesehatan yang diharapkan akan mendukung penyelenggaraan transformasi sistem Kesehatan, Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ini mengamanahkan beberapa pengaturan lebih lanjut pada peraturan turunan khususnya peraturan pemerintah.

Hal-hal dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang ketentuan lebih lanjutnya diamanahkan untuk diatur dalam atau dengan Peraturan Pemerintah adalah sebagai berikut:

NO	PASAL	PERIHAL YG DIAMANAHKAN DIATUR LEBIH LANJUT DLM PP	DITINJUTI
1	24 ay (2)	Ketentuan mengenai standar Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah	PERATURAN PEMERINTAH NOMOR 28 TAHUN 2024 TENTANG PERATURAN PELAKSANAAN UNDANG-UNDANG NOMOR 17 TAHUN 2023 TENTANG KESEHATAN (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952).
2	25 ay (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
3	33 ay (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai laboratorium Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah	
4	36	Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan primer diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
5	40 ay (6)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan ibu diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
6	43 ay (2)	Ketentuan lebih lanjut mengenai air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
7	Pasal 49	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan bayi dan anak diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
8	Pasal 50 ayat (6)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan Remaja diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
9	Pasal 51 ayat (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan Dewasa diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
10	Pasal 52 ayat (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan lanjut usia diatur dengan Peraturan Pemerintah	

11	Pasal 53 ayat (6)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan penyandang disabititas diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
12	Pasal 59	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 sampai dengan Pasa1 58 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
13	Pasal 62	Ketentuan lebih lanjut mengenai aborsi dimaksud dalam Pasal 60 dan Pasal 61 Peraturan Pemerintah.	
14	Pasal 69	Ketentuan lebih lanjut mengenai gizi diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
15	Pasal 73	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran diatur dengan Pemerintah Peraturan.	
16	Pasal 85	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan jiwa diatur dengan Peraturan Pemerintah	
17	Pasal 92	Ketentuan lebih lanjut mengenai penanggulangan penyakit menular sebagaimana dimaksud dalam Pasal 89 sampai dengan Pasal 91 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
18	Pasal 95	Ketentuan lebih lanjut mengenai penanggulangan penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 dan Pasal 94 diatur dengan Peraturan Pemerintah	
19	Pasal 96 ayat (6)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan keluarga diatur dengan Peraturan Pemerintah.	

20	Pasal 97 ayat (6)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Kesehatan sekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (5) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
21	Pasal 101	Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 sampai dengan Pasal 100 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
22	Pasal 107	Ketentuan lebih lanjut mengenai Kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 104 sampai dengan Pasal 106 diatur dengan Peraturan Pemerintah	
23	Pasal 108 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Kesehatan matra diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
24	Pasal 113	Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan pada bencana diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
25	Pasal 122	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan darah diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
26	Pasal 126 ayat (2)	Ketentuan lebih lanjut mengenai kriteria diagnosis kematian diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
27	Pasal 134	Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan transplantasi organ dan/ atau jaringan tubuh sebagaimana dimaksud dalam Pasal 124 sampai dengan Pasal 133 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
28	Pasal 136	Ketentuan lebih lanjut mengenai terapi berbasis sel dan/ atau sel punca sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
29	Pasal 137 ayat (3)	Ketentuan mengenai syarat dan tata cara bedah plastic rekonstruksi dan estetika sebagaimana dimaksud pada	

		ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.	
30	Pasal 144	Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
31	Pasal 145 ayat (4)	Ketentuan mengenai praktik kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
32	Pasal 152 ayat (1) dan ayat (2)	○ Ketentuan lebih lanjut mengenai pengarnanan zat adiktif, berupa produk tembakau, diatur dengan Peraturan Pemerintah. ○ Ketentuan lebih lanjut mengenai pengErmanan zat adiktif, berupa rokok elektronik, diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
33	Pasal 159	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
34	Pasal 164	Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan tradisional diatur dengan Peraturan Pemerintah	
35	Pasal 171	Ketentuan lebih lanjut mengenai jenis dan penyelenggaraan Fasilitas Pelayanan Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
36	Pasal 172 ayat (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan pelayanan Telemedisin diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
37	Pasal 175 ayat (2)	Ketentuan mengenai kompetensi manajemen Kesehatan yang dibutuhkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	

38	Pasal 177 ayat (3)	Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia Kesehatan pribadi Pasien diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
39	Pasal 178 ayat (6)	Ketentuan lebih lanjut mengenai peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan secara internal dan eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
40	Pasal 179 ayat (2)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pengembangan Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
41	Pasal 183	Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Puskesmas diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
42	Pasal 187 ayat (11)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Rumah Sakit pendidikan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
43	Pasal 196	Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Rumah Sakit diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
44	Pasal 200 ayat (2)	Ketentuan lebih lanjut mengenai tenaga pendukung atau penunjang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah	
45	Pasal 206	Ketentuan lebih lanjut mengenai perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
46	Pasal 226	Ketentuan lebih lanjut mengenai pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam PasaL 207 sampai dengan Pasal 225 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
47	Pasal 230	Ketentuan lebih lanjut mengenai insentif atau disinsentif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 dan Pasal 229 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	

48	Pasal 231 ayat (6)	Ketentuan lebih lanjut mengenai penugasan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
49	Pasal 233 ayat (2)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan peserta didik program pendidikan dokter spesialis/ subspesialis atau dokter gigi spesialis/ subspesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
50	Pasal 234 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
51	Pasal 235 ayat (4)	Ketentuan lebih Ianjut mengenai pemindahtugasan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan serta daerah bermasalah Kesehatan atau daerah tidak diminati sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dan penyediaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pengganti s6lagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
52	Pasal 236 ayat (2)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pengaturan penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
53	Pasal 237 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagaimana	

		dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
54	Pasal 239	Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan tenaga cadangan Kesehatan untuk penanggulangan KLB, Wabah, dan darurat bencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 238 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
55	Pasal 240 ayat (2)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia ke luar negeri diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
56	Pasal 245	Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
57	Pasal 247	Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan dalam negeri diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
58	Pasal 257	Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan Tenaga Medis spesialis dan subspesialis serta Tenaga Kesehatan tingkat kompetensi tertentu warga negara asing lulusan luar negeri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 248 sampai dengan Pasal 255 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
59	Pasal 258 ayat (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan pelatihan dan/ atau kegiatan peningkatan kompetensi dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	

60	Pasal 262	Ketentuan lebih lanjut mengenai Registrasi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
61	Pasal 266	Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 263 sampai dengan Pasal 265 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
62	Pasal 267 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai surat tugas kepada dokter spesialis atau dokter gigi spesialis tertentu yang telah memiliki SIP untuk bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tertentu tanpa memerlukan SIP diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
63	Pasal 271	Ketentuan lebih lanjut mengenai Konsil, termasuk tugas, fungsi, dan wewenang diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
64	Pasal 272 ayat (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Kolegium, termasuk tugas, fungsi, dan wewenang diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
65	Pasal 278	Ketentuan lebih lanjut mengenai hak dan kewajiban Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Pasien diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
66	Pasal 283 ayat (6)	Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif bagi Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan yang menyelenggarakan praktik perseorangan, dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak melaksanakan kewajiban menginformasikan identitas yang jelas termasuk nomor SIP dan STR pada tempat praktik perseorangannya dan daftar nama, nomor SIP dan STR, serta jadwal praktik	

		Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
67	Pasal 285 ayat (3)	Ketentuan lebih lanjut mengenai kewenangan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berdasarkan pada kompetensi yang dimilikinya diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
68	Pasal 289	Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian pelayanan di luar kewenangan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
69	Pasal 290 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelimpahan kewenangan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
70	Pasal 299	Ketentuan lebih lanjut mengenai rekam medis diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
71	Pasal 301 ayat (3)	Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia Kesehatan pribadi Pasien diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
72	Pasal 304 ayat (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai tugas dan fungsi majelis penegakan kode etik profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peratural Pemerintah.	
73	Pasal 309	Ketentuan lebih lanjut mengenai penegakan disiplin profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
74	Pasal 313 ay (2)	Ketentuan mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif bagi Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang melakukan praktik tanpa memiliki STR dan/atau SIP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah	
75	Pasal 314 ayat (7)	Ketentuan lebih lanjut mengenai ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan Perbekalan Kesehatan	

		sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
76	Ps 320 ay (8)	Ketentuan lebih lanjut mengenai penggolongan Obat, Obat dengan resep, dan Obat tanpa resep diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
77	Pasal 321 ay (3)	Ketentuan lebih lanjut mengenai penggolongan Obat Bahan Alam sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
78	Pasal 324 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan penelitian, pengembangan, pemanfaatan, dan pemeliharaan Obat Bahan Alam diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
79	Pasal 330	Ketentuan mengenai percepatan pengembangan dan ketahanan industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
80	Pasal 333	Ketentuan lebih lanjut mengenai standar, sistem, dan tata kelola Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan lainnya pada kondisi darurat, bencana, KLB, atau Wabah diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
81	Pasal 337 ayat (3)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan inovasi Teknologi Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
82	Pasal 342 ayat (3)	Ketentuan mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
83	Pasal 344	Ketentuan lebih lanjut mengenai Teknologi Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	

84	Pasal 349 ayat (12)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pemrosesan data dan informasi Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
85	Pasal 353 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai kriteria KLB, penetapan, dan pencabutan KLB diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
86	Pasal 355	Ketentuan lebih lanjut mengenai kegiatan kewaspadaan KLB, penanggulangan KLB, dan pasca-KlB diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
87	Pasal 360 ayat (9)	Ketentuan lebih lanjut mengenai Tindakan penanggulangan penyakit dan/ atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah di Pintu Masuk atau pelabuhan dan bandar udara yang melayani lalu lintas domestic sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
88	Pasal 365	Ketentuan lebih lanjut mengenai pengawasan terhadap kapal, pesawat udara, dan kendaraan darat diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
89	Pasal 367	Ketentuan mengenai tata cara pengajuan, penerbitan, dan pembatalan Dokumen Karantina Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
90	Pasal 368 ayat (3)	Ketentuan lebih lanjut mengenai penetapan dan pencabutan penetapan Daerah Terjangkit Wabah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah	
91	Pasal 380	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan kegiatan penanggulangan Wabah sebagaimana dimaksud dalam	

		Pasal 371 sampai dengan Pasal 379 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
92	Pasal 381 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan kegiatan pasca-Wabah diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
93	Pasal 388 ayat (3)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan kegiatan penanggulangan Wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 371 sampai dengan Pasal 379 diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
94	Pasal 395 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif bagi Aparatur pemerintahan desa/kelurahan dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang yang menerima laporan adanya orang sakit atau diduga sakit akibat penyakit atau masalah Kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB atau akibat penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah atau yang mengetahui adanya orang sakit atau diduga sakit akibat penyakit atau masalah Kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB atau akibat penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah tidak melaporkan kepada perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setempat. diatur dengan Peraturan Pemerintah	
95	Pasal 397 ayat (2)	Ketentuan mengenai standar pengelolaan bahan yang mengandung penyebab dan/atau agen biologi penyebab penyakit dan masalah Kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB dan Wabah diatur dengan Peraturan Pemerintah.	

96	Pasal 398 ayat (2)	Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
97	Pasal 402 ayat (5)	Ketentuan lebih lanjut mengenai pengembangan dan pelaksanaan sistem informasi pendanaan Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
98	Pasal 408	Ketentuan lebih lanjut mengenai pemanfaatan pendanaan Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
99	Pasal 417 ayat (4)	Ketentuan lebih lanjut mengenai partisipasi Masyarakat diatur dengan Peraturan Pemerintah.	
100	Pasal 423	Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pengawasan diatur dengan Peraturan Pemerintah.	

F. Peraturan Pemerintah No 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal

Sesuai dengan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, bahwa pelaksanaan urusan pemerintahan wajib berkaitan pelayanan dasar didasarkan pada standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan Pemerintah, yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya standar pemenuhannya dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang terkait yang ditetapkan setelah dikoordinasikan dengan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri dan kementerian/Lembaga pemerintah nonkementerian terkait.

Sebagaimana dikemukakan sebelumnya, SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal. Mengenai SPM ini diatur dalam PP Nomor 2 Tahun 2018 tentang SPM. SPM ditetapkan dan diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan, keterukuran, dan ketepatan sasaran.

Penetapan sebagai SPM dilakukan berdasarkan kriteria barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang:

1. bersifat mutlak; dan
2. mudah distandarkan,

yang berhak diperoleh oleh setiap Warga Negara secara minimal sesuai dengan jenis pelayanan dasar dan mutu pelayanan dasar.

Setiap jenis pelayanan dasar harus memiliki mutu pelayanan dasar. Materi muatan SPM mencakup:

a. Jenis Pelayanan Dasar;
b. Mutu Pelayanan Dasar; dan
c. penerima Pelayanan Dasar.

Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah kabupaten/kota terdiri atas:

1. pelayanan kesehatan ibu hamil;

2. pelayanan kesehatan ibu bersalin;
3. pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
4. pelayanan kesehatan balita;
5. pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
6. pelayanan kesehatan pada usia produktif;
7. pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
8. pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
9. pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
10. pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
11. pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
12. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia *(Human Immunodeficiency Virus)*,

yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif (Ps 6 Ayat (1) dan (4) PP No 2 Tahun 2018).

Mutu Pelayanan Dasar untuk setiap Jenis Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud ditetapkan dalam standar teknis, yang sekurang-kurangnya memuat:

a. standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
b. standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan; dan
c. petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.

Penerima Pelayanan Dasar untuk setiap Jenis Pelayanan Dasar tersebut di atas yaitu Warga Negara dengan ketentuan:

a. ibu hamil untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan ibu hamil;
b. ibu bersalin untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan ibu bersalin;
c. bayi baru lahir untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan bayi baru lahir;

d. balita untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan balita;
e. usia Pendidikan dasar untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
f. usia produktif untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan pada usia produktif;
g. usia lanjut untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
h. penderita hipertensi untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
i. penderita diabetes melitus untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
j. orang dengan gangguan jiwa berat untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
k. orang terduga tuberkulosis untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
l. orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia *(Human Immunodeficiency Virus)* untuk Jenis Pelayanan Dasar pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia *(Human Immunodeficiency Virus)*.

Saat ini terkait dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan SPM Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan ini mencabut dan menyatakan tidak berlakunya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

G. Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 dibentuk untuk melaksanakan ketentuan: Pasal 24 ayat (2),Pasal 25 ayat (5), Pasal 33 ayat (5), Pasal 36, Pasal 40 ayat (6), Pasal 43 ayat (2), Pasal 49, Pasal 50 ayat (6), Pasal 51 ayat (5), Pasal 52 ayat (5), Pasal 53 ayat (6), Pasal 59, Pasal 62, Pasal 69, Pasal 73, Pasal 85, Pasal 92, Pasal 95, Pasal 96 ayat (6), Pasal 97 ayat (6), Pasal 101, Pasal 107, Pasal 108 ayat (4), Pasal 113, Pasal 122, Pasal 126 ayat (2), Pasal 134, Pasal 136, Pasal 137 ayat (3), Pasal 144, Pasal 145 ayat (4), Pasal 152 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 159, Pasal 164, Pasal 171, Pasal 172 ayat (5), Pasal 175 ayat (2), Pasal 177 ayat (3), Pasal 178 ayat (6), Pasal 179 ayat (2), Pasal 183, Pasal 187 ayat (11), Pasal 196, Pasal 200 ayat (2), Pasal 206, Pasal 226, Pasal 230, Pasal 231 ayat (6), Pasal 233 ayat (2), Pasal 234 ayat (4), Pasal 235 ayat (4), Pasal 236 ayat (2), Pasal 287 ayat (4), Pasal 239, Pasal 240 ayat (2), Pasal 245, Pasal 247, Pasal 257, Pasal 258 ayat (5), Pasal 262, Pasal 266, Pasal 267 ayat (4), Pasal 271, Pasal 272 ayat (5), Pasal 278, Pasal 283 ayat (6), Pasal 285 ayat (3), Pasal 289, Pasal 290 ayat (4), Pasal 299, Pasal 301 ayat (3), Pasal 304 ayat (5), Pasal 309, Pasal 313 ayat (2), Pasal 314 ayat (7), Pasal 320 ayat (8), Pasal 321 ayat (3), Pasal 324 ayat (4), Pasal 330, Pasal 333, Pasal 337 ayat (3), Pasal 342 ayat (3), Pasal 344, Pasal 349 ayat (12), Pasal 353 ayat (4), Pasal 355, Pasal 360 ayat (9), Pasal 365, Pasal 367, Pasal 368 ayat (3), Pasal 380, Pasal 381 ayat (4), Pasal 388 ayat (3), Pasal 395 ayat (4), Pasal 392 ayat (2), Pasal 398 ayat (2), Pasal 402 ayat (5), Pasal 408, pasal 417 ayat (4), dan Pasal 423 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 ini merupakan peraturan pelaksana dari UU Kesehatan yang telah diundangkan pada 26 Juli 2024 dan mulai berlaku sejak itu. PP ini merupakan payung teknis yang menjabarkan, merinci, mempertegas, serta memberikan aturan pelaksanaan operasional atas ketentuan-ketentuan pokok dalam UU Kesehatan.

Secara sistematika Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terdiri dari 13 Bab 1172 Pasal. Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 mencabut dan menyatakan tidak berlakunya 26 PP dan 5 Perpres Terkait Bidang Kesehatan (Sejak tahun 1960 s/d tahun 2019). Peraturan Pemerintah ini

memerlukan peraturan pelaksanaan berupa 8 Peraturan Presiden dan 133 Peraturan Menteri.

Terdapat 10 Materi Pokok yang diatur dalam Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yaitu:

1. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan.

   Bab ini menjabarkan teknis pelaksanaan upaya kesehatan yaitu segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk:
   a. Promotif (misalnya edukasi kesehatan masyarakat);
   b. Preventif (preventif penyakit dan faktor risiko);
   c. Kuratif (pengobatan);
   d. Rehabilitatif; dan
   e. Paliatif.

   Aturan ini mencakup peran pemerintahan pusat, daerah, serta masyarakat dalam penyelenggaraan berbagai upaya tersebut secara terintegrasi.
2. Pengelolaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

   PP mengatur lebih rinci mengenai:
   a. Registrasi, kompetensi, izin praktik, disiplin profesi, dan pengawasan tenaga medis (dokter, dokter gigi) serta tenaga kesehatan lainnya (perawat, bidan, apoteker, ahli gizi, teknisi medis, dll).
   b. Pembentukan dan tata kerja konsil tenaga kesehatan, kolegium profesi, dan majelis disiplin. Ketentuan ini merupakan perincian atas pasal-pasal dalam UU Kesehatan terkait standar kompetensi dan mekanisme pengelolaan sumber daya manusia Kesehatan.
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

   PP mengatur klasifikasi dan tata kelola fasilitas kesehatan, antara lain:
   a. Rumah sakit, puskesmas, klinik, dan layanan kesehatan lain secara teknis.

b. Izin dan standar layanan yang harus dipenuhi untuk menjamin mutu pelayanan sesuai dengan kebutuhan standar nasional.

Ketentuan ini melanjutkan pengaturan dalam UU Kesehatan tentang klasifikasi dan perizinan fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Kefarmasian, Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan.

   Pada Bab ini materi pengaturannya mencakup:
   a. Produksi, distribusi, penyimpanan, dan pengawasan ribuan jenis obat, vaksin, bahan farmasi, alat kesehatan, serta perbekalan lainnya.
   b. Standar mutu dan keamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan termasuk mekanisme izin edar dan penarikan produk berbahaya.

   Tujuan utamanya adalah menjamin ketersediaan produk kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

5. Sistem Informasi Kesehatan.

   PP menetapkan kerangka pengelolaan data dan informasi kesehatan nasional, mencakup:
   a. Sistem informasi layanan, e-rekam medis, data penyakit, dan pelaporan epidemiologi.
   b. Integrasi data antar fasilitas serta pemanfaatannya untuk perencanaan, evaluasi, dan pengambilan keputusan kebijakan kesehatan.

   Tujuan utamanya adalah menjamin akurasi, keamanan informasi, dan interoperabilitas antar sistem.

6. Penyelenggaraan Teknologi Kesehatan.

   Mengatur lebih lanjut penggunaan:
   a. Teknologi medis dan kesehatan, termasuk telemedisin dan teknologi digital dalam layanan kesehatan.
   b. Ketentuan penerapan teknologi sesuai standar profesional serta tata kelola inovasi dalam sistem kesehatan.

Aturan ini melaksanakan mandat UU Kesehatan untuk menyelaraskan kemajuan teknologi dengan pelayanan yang aman dan efektif.

7. Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Wabah.

   PP menetapkan mekanisme teknis, antara lain:
   a. Deteksi dini, respons cepat, koordinasi antarlembaga, serta pelibatan fasilitas kesehatan dan masyarakat dalam kejadian wabah atau KLB.
   b. Ketentuan yang mengatur kewenangan, pembagian tugas, serta standar pelaporan dalam situasi darurat kesehatan masyarakat.

   Tujuan utamanya adalah memperkuat sistem kesiapsiagaan nasional kesehatan.

8. Pendanaan Kesehatan.

   Bagian ini menjabarkan:
   a. Sumber pendanaan, mekanisme alokasi, serta pengelolaan anggaran di sektor kesehatan termasuk anggaran pemerintah pusat dan daerah.
   b. Prinsip akuntabilitas, efisiensi, dan keterpaduan pembiayaan untuk menjamin pelaksanaan amanat UU Kesehatan.

9. Partisipasi Masyarakat.

   PP menekankan peran aktif masyarakat dalam pembangunan kesehatan, termasuk:
   a. Keterlibatan pemangku kepentingan, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), serta pelibatan organisasi sosial dalam promosi kesehatan.
   b. Akses informasi kesehatan dan edukasi kepada masyarakat luas sebagai bagian dari pencegahan penyakit.

10. Pembinaan dan Pengawasan.

    PP mengatur:

a. Mekanisme pembinaan, supervisi, akreditasi, serta pengawasan terhadap semua aspek implementasi sistem kesehatan nasional.
b. Peran serta pemerintah pusat, pemerintah daerah, serta lembaga profesi untuk menegakkan standar dan ketentuan hukum pelaksanaan.

Selengkapnya sistematika PP Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan tersebut adalah sebagai berikut:

BAB	BAB/ BAGIAN/PARAGRAF	Pasal
I	KETENTUAN UMUM	1
II	UPAYA KESEHATAN 1. Umum. 2. Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak, Remaja, Dewasa, dan Lanjut Usia (Lansia): 1) Umum; 2) Kesehatan Ibu; 3) Kesehatan Bayi dan Anak; 4) Kesehatan Remaja; 5) Kesehatan Dewasa; 6) Kesehatan Lansia; 3. Kesehatan Penyandang Disabilitas; 4. Kesehatan Reproduksi; 5. Gizi; 6. Kesehatan Jiwa; 7. Penanggulangan Penyakit Menular; 8. Penanggulangan Penyakit Tidak Menular; 9. Upaya Kesehatan Penglihatan dan Pendengaran; 10. Upaya Kesehatan Keluarga; 11. Kesehatan Sekolah; 12. Upaya Kesehatan Kerja; 13. Kesehatan Lingkungan; 14. Kesehatan Matra; 15. Pelayanan Kesehatan pada Bencana; 16. Pelayanan Darah; 17. Transplantasi Organ dan/atau Jaringan Tubuh: 1) Umum;	2-324

	2) Transplantasi Organ; 3) Transplantasi Jaringan Tubuh; 4) Sistem Informasi Transplantasi Organ dan/atau Jaringan Tubuh; 5) Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah; 6) Peran Serta Masyarakat; 18. Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca: 1) Umum; 2) Kegiatan Pelayanan; 3) Penggunaan; 19. Bedah Plastik Rekonstruksi & Estetika; 20. Pengamanan Sediaan Farmasi. Alkes, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT); 21. Pengamanan Zat Adiktif; 22. Pelayanan Kedokteran utk Kepentingan Umum; 1) Umum; 2) Pelayanan Kedokteran Terhadap Orang Hidup; 3) Pelayanan Kedokteran Terhadap Org Mati; 4) Bedah Mayat Anatomis; 5) Bedah Mayat Klinis; 23. Pelayanan Kesehatan Tradisional; 24. Standar Pelayanan Kesehatan; 25. Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan: 1) Umum; 2) Pelayanan Kesehatan Primer; 3) Laboratorium Kesehatan; 4) Pelayanan Kesehatan Lanjutan; 26. Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan serta Daerah Bermasalah Kesehatan atau Daerah Tidak Diminati; 27. Pelayanan Kesehatan dengan Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi: 1) Umum; 2) Telekesehatan; 3) Telemedisin.	
III	PENGELOLAAN TENAGA MEDIS DAN TENAGA KESEHATAN 1. Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 2. Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan:	325-760

	1) Umum; 2) Penyelenggara Pendidikan Tinggi (Dikti) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 3) Standar dan Kurikulum Dikti Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 4) Penyelenggaraan Dikti Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 5) Pembinaan, Pengawasan, dan Penjaminan Mutu Dikti Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 6) Ijazah, Gelar, Sertifikat Profesi, Uji Kompetensi, Sertifikat Kompetensi, dan Sumpah Profesi; 7) Internsip Tenaga Medis dan Pendayagunaan Peserta Didik Program Spesialis Tenaga Medis; 8) SDM dalam Pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 9) Bantuan Pendanaan Pendidikan; 10) Pendanaan Pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 11) Peningkatan Kompetensi secara Berkelanjutan. 3. Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan: 1) Umum; 2) Insentif atau Disinsentif; 3) Penugasan Khusus; 4) Penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 5) Pemindahtugasan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 6) Penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Dalam Kondisi Tertentu; 7) Pola Ikatan Dinas bagi Calon Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 8) Pendayagunaan Tenaga Cadangan Kesehatan untuk Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB), Wabah, dan Darurat Bencana; 9) Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI ke Luar Negeri; 10) Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNI Lulusan Luar Negeri;	

	11) Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan WNA; 4. Peningkatan Mutu Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 5. Registrasi dan Perizinan: 1) Registrasi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; 2) Perizinan; 3) Monitoring dan Evaluasi; 4) Surat Tugas; 6. Konsil Kesehatan Indonesia: 1) Umum; 2) Tugas, Fungsi, dan Wewenang; 3) Susunan Organisasi. 7. Kolegium; 1) Umum; 2) Tugas, Fungsi DAN Wewenang; 3) Kolegium Kesehatan Indonesia;	
IV	FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN 1. Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 2. Penentuan Jumlah dan Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 3. Perizinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan 4. Penyelenggaraan Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 5. Rekam Medis; 6. Rahasia Kesehatan Pribadi Pasien; 7. Puskesmas; 8. Rumah Sakit (RS): 1) Umum; 2) Tanggung Jawab Pem Pusat dan Pemda Dalam Penyelenggaraan RS; 3) Penyelenggaraan RS; 4) Perizinan RS; 5) Pengorganisasian; 6) Dewan Pengawas; 7) Kewajiban RS; 8) Pencatatan dan Pelaporan; 9) Pembinaan dan Pengawasan. 9. RS Pendidikan: 1) Umum; 2) Fungsi RS Pendidikan; 3) Jenis RS Pendidikan; 4) Penyelenggaraan;	761-904

	5) RS Pendidikan Penyelenggara Utama Program Spesialis/Subspesialis; 6) Koordinasi Pembelajaran Klinik. 10. Kompetensi Manajemen Kesehatan Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 11. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan: 1) Umum; 2) Pengukuran dan Pelaporan Indikator Mutu; 3) Pelaporan lnsiden Keselamatan Pasien; 4) Manajemen Risiko; 5) Registrasi; 6) Lisensi; 7) Akreditasi; 8) Tanggung Jawab Pemerintah; 9) Sanksi Administratif; 12. Pengembangan Pelayanan Kesehatan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan	
V	PERBEKALAN KESEHATAN SERTA KETAHANAN KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN 1. Ketersediaan, Pemerataan, dan Keterjangkauan Perbekalan Kesehatan; 2. Penggolongan Obat, Obat dengan Resep, dan Obat Tanpa Resep; 3. Penggolongan Obat Bahan Alam; 4. Percepatan Pengembangan dan Ketahanan Industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan; 5. Standar, Sistem, dan Tata Kelola Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan Lainnya pada Kondisi Darurat, Bencana, KLB, atau Wabah	905-944
VI	SISTEM INFORMASI KESEHATAN 1. Umum; 2. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan; 3. Pengelolaan Data Kesehatan, Informasi Kesehatan, dan Indikator Kesehatan; 4. Pemrosesan Data Kesehatan dan Informasi Kesehatan; 5. Sumber Daya Sistem Informasi Kesehatan; 6. Keandalan Sistem Informasi Kesehatan; 7. Pengendalian; 8. Pembinaan dan Pengawasan.	845-991

VII	PENYELENGGARAAN TEKNOLOGI KESEHATAN 1. Umum 2. Penelitian, Pengembangan, dan Pengkajian; 3. Pelaksanaan Inovasi Teknologi Kesehatan; 4. Penilaian Teknologi Kesehatan; 5. Pemanfaatan Teknologi Kesehatan.	992-1037
VIII	KEJIADIAN LUAR BIASA DAN WABAH 1. Umum. 2. Kejadian Luar Biasa (KLB): 1) Kewaspadaan KLB; 2) Penanggulangan KLB; 3) Kegiatan Pasca-KLB; 3. Wabah: 1) Rencana Kontingensi Penanggulangan Wabah; 2) Kewaspadaan Wabah di Pintu Masuk; 3) Penanggulangan Wabah; 4) Karantina; 5) Pembatasan Kegiatan Sosial Kemasyarakatan; 6) Petugas Karantina Kesehatan; 7) Pelaksanaan Kegiatan Pasca-Wabah. 4. Standar Pengelolaan Bahan dan Agen Biologi Penyebab Penyakit dan/atau Masalah Kesehatan yang Berpotensi Menimbulkan KLB dan/atau Wabah; 5. Pencatatan dan Pelaporan; 6. Sanksi Administratif	1038-1121
IX	PENDANAAN KESEHATAN	1122-1142
X	PARTISIPASI MASYARAKAT	1143-1146
XI	PEMBINAAN DAN PENGAWASAN	1147-1153
XII	KETENTUAN PERALIHAN	1154-1168
XIII	KETENTUAN PENUTUP	1169-1172

Terdapat beberapa Pasal dalam Bab Ketentuan Peralihan PP Nomor 28 Tahun 2024 tersebut. Pasal-Pasal tersebut adalah sebagai berikut:

Pasal 1154

Pada saat Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku, pengaturan mengenai pelaksanaan tindakan aborsi yang diperbolehkan termasuk usia kehamilan untuk melakukan tindakan aborsi dilaksanakan berdasarkan Pasal 31 Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi sampai dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana mulai berlaku.

Pasal 1155

Pada saat Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku, setiap unit transfusi darah yang telah ada harus menyesuaikan dengan ketentuan pelayanan darah sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah ini dalam jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun.

Pasal 1156

Ketentuan pengendalian konsumsi gula, garam, dan lemak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 194 dan pasal 195 dilaksanakan setelah 2 (dua) tahun terhitung sejak penetapan batas maksimal kandungan gula, gararn, dan lemak.

Pasal 1157

(1) Setiap Orang yang memproduksi, mengimpor, dan/atau mengedarkan produk tembakau dan rokok elektronik harus menyesuaikan dengan ketentuan Pasal 431, Pasal 432, Pasal 433, Pasal 437, Pasal 438, dan Pasal 441 setelah 2 (dua) tahun terhitung sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan.
(2) Setiap Orang yang memproduksi, mengimpor, dan/atau mengedarkan produk tembakau dan rokok elektronik harus menyesuaikan dengan ketentuan Pasal 446 ayat (1) dan Pasal 448 setelah 2 (dua) tahun terhitung sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan.

Pasal 1158

Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang telah menyelenggarakan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh sebelum Peraturan Pemerintah ini berlaku harus menyesuaikan penyelenggaraan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh berdasarkan ketentuan Peraturan Pemerintah ini dalam jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan.

Pasal 1159

Jenis Pelayanan Kesehatan tradisional empiris, komplementer, dan integrasi yang telah dilaksanakan sebelum Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku harus disesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Pemerintah ini dalam jangka waktu paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan.

Pasal 1160

Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan yang telah beroperasi sebelum Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku harus disesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Pemerintah ini dalam jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun terhitung sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan.

Pasal 1161

(1) Untuk pertama kali paling lama 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan:
   a. Menteri menetapkan 6 (enam) Rumah Sakit menjadi RSPPU; dan
   b. menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan menugaskan 6 (enam) RSPPU sebagaimana dimaksud dalam huruf a untuk menyelenggarakan pendidikan tinggi Tenaga Medis Spesialis dan/atau Subspesialis.
(2) Penugasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b berlaku sebagai izin penyelenggaraan Pendidikan termasuk untuk membuka program studi secara mandiri.
(3) 6 (enam) RSPPU sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus memenuhi persyaratan pembukaan program studi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 579 ayat (3) dan persyaratan tambahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 579 ayat (6) dalam waktu paling lambat 2 (dua) tahun.
(4) Sebelum jangka waktu 2 (dua) tahun berakhir, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan melaksanakan evaluasi terhadap pemenuhan persyaratan oleh RSPPU sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan menindaklanjuti hasil evaluasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 1162

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang memiliki STR yang masih berlaku dapat mengajukan pembaharuan menjadi STR yang berlaku seumur hidup sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah ini.

Pasal 1163

(1) Tenaga Kesehatan lulusan pendidikan vokasi atau pendidikan profesi yang penyelenggara pendidikannya belum menyelenggarakan uji kompetensi baik sebelum atau setelah Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku, tetap dapat mengajukan STR yang berlaku seumur hidup dengan melampirkan ljazah sebagai pengganti Sertifikat Kompetensi pada pengurusan STR.
(2) Penyelenggara pendidikan vokasi atau pendidikan profesi yang belum menyelenggarakan uji kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyelenggarakan uji kompetensi paling lama 1 (satu) tahun terhitung sejak Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku.

Pasal 1164

Tenaga Kesehatan lulusan pendidikan akademik dan telah memberikan Pelayanan Kesehatan serta memiliki STR sebelum Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku, tetap dapat memberikan Pelayanan Kesehatan dan harus menyesuaikan dengan kualifikasi pendidikan profesi paling lama dalam jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan.

Pasal 1165

Satuan kredit profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang diperoleh sebelum Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku, tetap berlaku dan dapat dihitung untuk kebutuhan perpanjangan SIP.

Pasal 1166

Dokter spesialis yang sedang melaksanakan tugas berdasarkan ketentuan Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2O19 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis, tetap melaksanakan tugas sampai dengan selesai masa penempatan.

Pasal 1167

Konsil Kedokteran Indonesia, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, Sekretariat Konsil Kedokterzrn Indonesia, Sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia tetap melaksanakan tugas, fungsi, dan kewenangannya sampai dengan terbentuknya Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi, serta sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi berdasarkan Peraturan Pemerintah ini.

Pasal 1168

Pada saat Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku:

a. penyelenggaraan Rumah Sakit harus disesuaikan dengan ketentuan Peraturan Pemerintah ini dalam jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun sejak Peraturan Pemerintah ini diundangkan;
b. jenis dan klasifikasi Rumah Sakit yang ditetapkan untuk penzinan berusaha Rumah Sakit dilaksanakan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan sampai dengan ditetapkannya peraturan pelaksanaan mengenai penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah ini; dan
c. Rumah Sakit yang telah ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan afiliasi tetap dapat menyelenggarakan fungsinya sampai dengan ditetapkannya peraturan pelaksanaan mengenai penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah ini.

Terdapat beberapa Pasal dalam Bab Ketentuan Peralihan PP Nomor 28 Tahun 2024 tersebut. Pasal-Pasal tersebut adalah sebagai berikut:

BAB XIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 1169

Pada saat Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku, semua peraturan perundang-undangan yang merupakan peraturan pelaksanaan dari:
a. Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1960 Nomor 69);
b. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 1961 tentang Penyakit Karantina (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 196l Nomor 29);
c. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 1962 tentang Lafal Sumpah Janji Apoteker (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1962 Nomor 69);
d. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 1963 tentang Lafal Sumpah/Janji Dokter Gigi (L,embaran Negara Republik Indonesia Tahun 1963 Nomor 54);
e. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1966 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2803);

f. Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktek Dokter dan Dokter Gigi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik lndonesia Nomor 3366);
g. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular ([,embaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
h. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);
i. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik lndonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
j. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);
k. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5197);
l. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik lndonesia Nomor 5291);
m. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 278, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5380);
n. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428);
o. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem lnformasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik lndonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
p. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5559);

q. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
r. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 369, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5643);
s. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295, Tarnbahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5777);
t. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
u. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2017 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 303, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 617l);
v. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 173, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6391);
w. Peraturan Pemerintah Nomor 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 251, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6444);
x. Peraturan Pemerintah Nomor 2l Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 91, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6487);
y. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
z. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2021 tentang Transplantasi Organ dan Jaringan Tubuh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6665);
aa. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2008 tentang Tata Cara Pengangkatan dan Pemberhentian Keanggotaan Konsil Kedokteran lndonesia;

bb. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
cc. Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 208);
dd. Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 98); dan
ee. Peraturan Presiden Nomor 86 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 2541,

dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dalam Peraturan Pemerintah ini.

Dalam Bab Ketentuan Penutup diatur mengenai: hubungan PP Nomor 28 Tahun 2024 dengan PP bidang kesehatan yang telah ada sebelumnya, dan berlakunya PP Nomor 28 Tahun 2024 tersebut. Selengkapnya pasal-pasal dalam Ketentuan Penutup tersebut adalah sebagai berikut:

Pasal 1170

Pada saat Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku:
1. Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1960 tentang Lafal Sumpah Dokter (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1960 Nomor 69);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 1961 tentang Penyakit Karantina (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 196l Nomor 29);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 1962 tentang Lafal Sumpah Janji Apoteker (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1962 Nomor 69);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 1963 tentang Lafal Sumpah/Janji Dokter Gigi (L,embaran Negara Republik Indonesia Tahun 1963 Nomor 54);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1966 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2803);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktek Dokter dan Dokter Gigi (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 1988 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik lndonesia Nomor 3366);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular ([,embaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik lndonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5197);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 20l2 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik lndonesia Nomor 5291);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 20l2 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 278, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5380);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem lnformasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik lndonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5559);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014

Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);

18. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 369, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5643);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295, Tarnbahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5777);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
21. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2017 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 303, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 617l);
22. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 173, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6391);
23. Peraturan Pemerintah Nomor 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 251, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6444);
24. Peraturan Pemerintah Nomor 2l Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 91, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6487);
25. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
26. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2021 tentang Transplantasi Organ dan Jaringan Tubuh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6665);
27. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2008 tentang Tata Cara Pengangkatan dan Pemberhentian Keanggotaan Konsil Kedokteran lndonesia;

28. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
29. Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 208);
30. Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 98); dan
31. Peraturan Presiden Nomor 86 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 2541,

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 1171

Ketentuan Pasal 31 Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5559) berlaku sampai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6842).

Pasal 1172

Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Pemerintah ini dengan penempatannya dalam lembaran Negara Republik Indonesia.

Di samping peraturan perundang-undangan yang telah disebutkan di atas, penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah ini juga mendasarkan pada atau berkaitan erat dengan peraturan perundang-undangan lainnya, seperti:

1. PP Nomor 28 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko;
2. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehetan Reproduksi;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan;
6. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Nganjuk;

BAB IV
LANDASAN FILOSOFIS, LANDASAN SOSIOLOGIS DAN LANDASAN YURIDIS

A. Landasan Filosofis

Pemerintah bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagai bagian dari pelaksanaan good governance dan amanah Pasal 28 H dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 untuk menjamin hidup yang layak di lingkungan hidup yang sehat dan memperoleh layanan kesehatan sebagai konsekuensi pencapaian kemajuan dan kesejahteraan sosial yang diukur menggunakan 3 pemenuhan kebutuhan dasar, pendidikan, kesehatan dan peningkatan pendapatan *(income)*. Terpenuhinya 3 kebutuhan dan pelayanan dasar tersebut menjadi tolok ukur kesejahteraan sosial negara.

Landasan filosofis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan tentang Sistem Kesehatan Daerah yang dibentuk dengan mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Pembukaan UUD 1945. Berdasarkan pengertian tersebut di atas, landasan filosofis dibentuknya peraturan tentang sistem kesehatan daerah, karena itu, melindungi dan mengelolanya secara baik adalah sebuah keniscayaan.

Alinea Keempat UUD 1945, memberi mandat pula bahwa Negara berkewajiban “melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia”. Pernyataan Alinea Keempat tersebut merupakan kaedah konstitusional dari kewajiban negara dan tugas pemerintah untuk melindungi segenap sumber-sumber insani

Indonesia, guna kebahagiaan seluruh rakyat Indonesia dan segenap umat manusia. Selain itu, Alinea Keempat UUD 1945 tersebut juga mengamanatkan bahwa negara bertanggung jawab atas pemenuhan hak asasi dan hak konstitusional bagi setiap warga negara Indonesia. Negara, pemerintah, dan seluruh pemangku kepentingan berkewajiban untuk pemenuhan hak atas Kesehatan dan wajib mewujudkan dalam pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan.

Perwujudan nilai-nilai Pancasila dan UUD 1945, dalam aspek kesehatan tidak bisa dipisahkan, sebab Pancasila merupakan kesatuan yang bulat dan utuh yang memberikan keyakinan kepada rakyat dan bangsa Indonesia, bahwa kebahagiaan hidup akan tercapai jika didasarkan atas keselarasan, keserasian dan keseimbangan. Pasal 28 H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 negara menjamin pemenuhan hidup yang baik dan sehat, memperoleh penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak sebagai konsekuensi pencapaian kemajuan dan kesejahteraan sosial. Tanggung jawab Negara sebagai pemegang kekuasaan tertinggi, untuk memenuhi hak kebutuhan kesehatan masyarakat serta mengatur setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Pemikiran dasar pembangunan kesehatan adalah pemikiran yang mendasar, yaitu yang mendalam, luas dan berjangkau ke depan tentang fondasi pembangunan kesehatan. Pemikiran dasar pembangunan kesehatan tersebut pada hakikatnya sama dengan paradigma pemikiran dasar atau filosofi pembangunan Kesehatan, bahwa paradigma pembangunan kesehatan lebih menekankan pentingnya kerangka berpikir yang mendasar dalam pembangunan kesehatan. 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.

Hukum berguna sebagai takaran keadilan, keadilan senantiasa mengandung unsur penghargaan, penilaian, dan pertimbangan. Karena itu, mekanisme bekerjanya hukum digambarkan sebagai suatu neraca keadilan. Unsur lain yang dibutuhkan manusia dari hukum yakni, "Ketertiban", dalam kepustakaan common law sering menyandingkan hukum dengan ketertiban atau menyebutnya law and order, untuk mewujudkan ketertiban itu, maka manusia memunculkan keharusan-keharusan berperilaku dengan cara tertentu yang dirumuskan dalam bentuk kaidah. Dengan terwujudnya ketertiban maka berbagai keperluan sosial manusia dalam bermasyarakat akan terpenuhi. Sesungguhnya ketertiban dan kaidah yang diperlukan manusia adalah ketertiban dan kaidah yang secara otentik menciptakan kondisi yang memungkinkan manusia secara wajar mengekspresikan kepribadiannya secara utuh dalam rangka pengembangan potensi yang dimilikinya selaku manusia. Oleh karenanya menjadi penting pemahaman bahwa hukum adalah tatanan pemikiran demi kebaikan bersama yang diungkapkan oleh siapa saja yang peduli terhadap ketertiban masyarakat. Aspek yang tidak kalah pentingnya dalam hukum adalah apa yang dikenal dengan "Kepastian", karena tanpa kepastian hukum akan berimbas pada terjadinya kekacauan dalam masyarakat. Itulah sebabnya hukum akan berperan dalam fungsinya untuk menciptakan keadilan, ketertiban, dan kepastian dalam masyarakat.

Landasan Filosofis suatu perundang-undangan selalu mengandung norma-norma hukum yang diidealkan (*ideals norm*)

oleh suatu masyarakat ke arah mana cita-cita luhur kehidupan bermasyarakat dan bernegara diarahkan. Dalam pembangunan di bidang Kesehatan, maka setiap masyarakat mengharapkan agar penyelenggaraan Kesehatan itu dapat menciptakan keadilan, ketertiban dan kesejahteraan. Oleh karena itu peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar penyelenggaraan kesehatan yang meliputi upaya kesehatan, sumber daya kesehatan dan pengelolaan kesehtan menjadi cerminan dari cita-cita kolektif suatu masyarakat tentang nilai-nilai luhur dan filosofis yang hendak diwujudkan melalui Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah memberikan nilai keadilan, kepastian hukum sehingga tercipta ketertiban dan kesejahteraan dalam kehidupan.

Peraturan perundang-undangan harus mendapatkan pembenaran yang dapat diterima jika dikaji secara filosofis yaitu cita- cita kebenaran, keadilan dan kesusilaan. Filsafat atau pandangan hidup suatu bangsa berisi nilai moral dan etika dari bangsa tersebut. Moral dan etika pada dasarnya berisi nilai-nilai yang baik dan yang tidk baik. Nilai yang baik adalah nilai yang wajib dijunjung tinggi, didalamnya ada nilai kebenaran,keadilan dan kesusilaan dabn berbagai nilai lainnya yang dianggap baik. Pengertian baik, benar, adil dan susila tersebut menurut takaran yang dimiliki bangsa yang bersangkutan. Hukum dibentuk tampa memperhatikan moral bangsa akan sia-sia diterapkan tidak akan dipatuhi. Semua nilai yang ada nilai yang ada dibumi Indonesia tercermin dari Pancasila, karena merupakan pandangan hidup, cita-cita bangsa, falsafah atau jalan kehidupan bangsa (*way of life).*

Adapun falsafah hidup berbangsa merupakan suatu landasan untuk membentuk hukum suatu bangsa, dengan demikian hukum yang dibentuk harus mencerminkan falsafah suatu bangsa. Sehingga dalam penyusunan naskah akademik Rancangan

Peraturan Daerah pun harus mencerminkan moral dari daerah yang bersangkutan.

Landasan filosofis merupakan suatu landasan yang didasarkan atas nilai-nilai yang hidup di masyarakat. Dengan bahasa yang serupa, Jimly Asshiddiqie (2006 : 171) menyebutkannya sebagai "cita-cita filosofis yang dianut masyarakat bangsa yang bersangkutan". Cita-cita filosofis tersebut haruslah terkandung dalam suatu undang-undang. Dengan demikian, ada kesesuaian antara cita-cita filosofis masyarakat dengan cita-cita filosofis yang terkandung dalam undang-undang. Dalam konteks Negara Kesatuan Republik Indonesia yang memiliki cita-cita filosofis Pancasila maka peraturan yang akan dibuat hendaknya dialiri nilai-nilai yang terkandung dalam cita-cita filosofis tersebut.

Di era desentralisasi, pemerintah daerah harus dapat mengoptimalkan potensi daerahnya untuk mencapai kesejahteraan masyarakat. Secara filosofis, ada tujuan utama yang ingin dicapai dari penerapan kebijakan desentralisasi yaitu tujuan demokrasi dan tujuan kesejahteraan. Tujuan demokrasi akan memposisikan Pemerintah Daerah sebagai instrumen Penyelenggaraan politik ditingkat lokal yang secara agregat akan menyumbang terhadap Penyelenggaraan politik secara nasional sebagai elemen dasar dalam menciptakan kesatuan dan persatuan bangsa dan negara serta mempercepat terwujudnya masyarakat madani atau *civil society*. Tujuan kesejahteraan mengisyaratkan Pemerintah daerah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui penyediaan pelayanan publik secara efektif, efisien dan ekonomis. (W. Riawan Tjandra dan Kresno Budi Darsono, 2009 : 7).

Berdasarkan nilai filosofis Pancasila dan UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 segala bentuk peraturan perundang-undangan di Indonesia dibentuk tidak terkecuali Peraturan Daerah. Dalam kajian naskah akademik tentang peraturan daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah telah memiliki pijakan filosofis yang kuat bahwa pembentukan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah adalah dalam upaya untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat di Kabupaten Nganjuk melalui pembangunan kesehatan masyarakat. Dimana pembangunan kesehatan masyarakat memerlukan upaya kesehatan, sumber daya kesehatan, dan pengelolaan kesehatan. Pembangunan kesehatan ini dilaksanakan 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 masyarakat dan daya saing bangsa bagi pencapaian tujuan pembangunan nasion.

B. Landasan Sosiologis

Masyarakat Indonesia sangat majemuk dengan tingkat pendidikan yang pada umumnya masih rendah. Dengan tingkat pendidikan seperti itu dan paparan teknologi informasi yang sudah modern seperti internet dan media digital lainnya, sering mereka mempunyai ekspektasi yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan. Di sisi lain tingkat pendidikan yang rendah dan juga ekonomi yang

rendah mereka berharap bahwa seyogyanya layanan umum terutama layanan medik haruslah gratis atau murah.

Pemahaman tentang proses terjadinya penyakit yang rendah sering membuat penyakit yang seharusnya dapat dicegah melalui perilaku hidup yang sehat, banyak terjadi. Di sisi lain konsep bahwa jatuh sakit adalah musibah dan orang sakit adalah seorang yang tidak berdaya, membuat mereka berharap bahwa proses penyembuhan bagi yang sakit menjadi tanggung jawab pemerintah, yang dianggap mempunyai kewajiban untuk menjamin kesejahteraan rakyat.

Di lain pihak kemajuan dalam dunia pendidikan dengan sendirinya menyebabkan rakyat meningkat akan kesadaran atas hak – haknya dalam segala bidang, termasuk di bidang kesehatan baik sebagai individu maupun kelompok. Oleh karena itulah maka suatu pelayanan kesehatan yang sedikit saja kurang baik sudah menjadi masalah hukum yang meluas. Begitu pula pembangunan yang telah dicapai oleh Bangsa Indonesia, dimana kondisi sosial ekonomi bangsa berangsur-angsur meningkat, sehingga tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga meningkat. Kemajuan teknologi yang sangat pesat, termasuk teknologi kesehatan telah ikut memacu permintaan masyarakat akan derajat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

Dalam kaitan ini, pembangunan kesehatan tersebut perlu berdasarkan pada perikemanusiaan serta etika humanitas, dan etika profesi. Oleh karena itu, dalam pembangunan kesehatan tidak dibenarkan hanya berdasarkan aspek pragmatis, dan aspek finansial semata. Pembangunan kesehatan adalah 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. Pemikiran dasar pembangunan kesehatan atau paradigma pembangunan kesehatan tersebut berguna bagi peningkatan pembangunan kesehatan, termasuk untuk mempercepat pelaksanaan pembangunan kesehatan dan agar lebih terarah serta lebih meningkatkan sinergi di antara subsistem-subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional. Mendorong pentingnya dan digunakannya makna pemikiran dasar pembangunan kesehatan, yaitu: a. Dasar pembangunan kesehatan, b. Tujuan pembangunan kesehatan, c. Hakikat pembangunan kesehatan, d. Perkembangan pembangunan kesehatan, dan e. Kedudukan manusia dalam pembangunan kesehatan. Kelima indikator tersebut mendukung penguatan dan percepatan pelaksanaan paradigma sehat dalam pembangunan kesehatan.

Alasan diperlukan pengaturan tentang Sistem Kesehatan Daerah merupakan salah satu mata rantai dalam pelayanan kesehatan di Daerah dan untuk memenuhi kebutuhan dan perlindungan terhadap masyarakat atas jaminan pemenuhan hak atas Kesehatan yang merupakan hak asasi bagi setiap masyarakat. Agar pelayanan kesehatan melalui fasilitas kesehatan dapat berdaya guna dan berhasil guna perlu ditunjang dengan sebuah peraturan yang pasti.

Peraturan perundang-undangan dibentuk adalah untuk mengatur kehidupan masyarakat yang ada di dalamnya. Begitu juga dalam proses pembentukan produk hukum yang ada di daerah melalui peraturan daerah harus memperhatikan beberapa aspek yang berkembang di masyarakat. Hal ini dengan tujuan agar apa yang di buat oleh pemerintah yang berkuasa dapat berguna bagi kehidupan masyarakat.

Peraturan perundang-undangan harus sesuai dengan keyakinan umum atau kesadaran hukum masyarakat. Suatu peraturan perundang–undangan harus mempunyai landasan sosiologis apabila ketentuan–ketentuan sesuai dengan keyakinan umum atau kesadaran hukum masyarakat. Hukum yang dibuat harus dapat dipahami masyarakat sesuai dengan kenyataan yang dihadapi masyarakat. Dengan demikian dalam penyusunan rancangan peraturan daerah harus sesuai dengan kondisi masyarakat yang bersangkutan.

Beberapa aspek yang harus diperhatikan dalam membentuk peraturan daerah antara lain sebagai berikut: 1) *Social Need (*Kebutuhan masyrakat); 2) *Social Condition* (Kondisi masyarakat); 3) *Social Capital* (Modal/kekayaan masyarakat) (Mahendra Putra Kurnia dkk, 2007 : 145).

Secara empiris, Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah memiliki landasan sosiologis yang kuat. Peraturan daerah ini dibuat untuk merespon perkembangan persoalan yang ada dimasyarakat. Peraturan daerah yang sudah ada ternyata belum seluruhnya dapat menjawab permasalahan yang ada di masyarakat sehingga mempengaruhi pelayanan terhadap masyarakat.

C. Landasan Yuridis

Peraturan perundang-undangan harus mempunyai landasan hukum atau dasar hukum yang terdapat dalam ketentuan yang lebih tinggi. Landasan yuridis adalah landasan hukum yang memberikan perintah untuk membentuk sebuah peraturan perundang-undangan, *pertama* adalah terkait kewenangan

membuat aturan dan *kedua* adalah berkaitan dengan materi peraturan perundang-undangan yang harus dibuat.

Landasan yuridis adalah alasan yang beraspek hukum. Keberlakuan yuridis adalah keberlakuan suatu norma hukum dengan daya ikatnya untuk umum sebagai suatu dogma yang dilihat dari pertimbangan yang bersifat teknis juridis. Secara juridis, suatu norma hukum dikatakan berlaku apabila norma hukum itu sendiri memang: (1) ditetapkan sebagai norma hukum berdasarkan norma hukum yang lebih superior atau yang lebih tinggi seperti dalam pandangan Hans Kelsen dengan teorinya "*Stuffenbau Theorie des Recht*"; (2) ditetapkan mengikat atau berlaku karena menunjukkan hubungan keharusan antara suatu kondisi dengan akibatnya seperti dalam pandangan J.H.A, Logemann; (3) ditetapkan sebagai norma hukum menurut prosedur pembentukan hukum yang berlaku seperti pandangan W. Zevenbergen; dan (4) ditetapkan sebagai norma hukum oleh lembaga yang memang berwenang untuk itu (Jimly Asshiddiqie, 2006 : 242).

Landasan yuridis dapat dilihat dari segi kewenangan yaitu apakah ada kewenangan seorang pejabat atau badan yang mempunyai dasar hukum yang ditentukan dalam perararaturan perundang-undangan. Hal ini sangat perlu, mengingat sebuah peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh badan atau pejabat yang tidak memiliki kewenangan maka peraturan perundang-undangan tersebut batal demi hukum *(neitige)*. Misalnya kewenangan untuk menyusun Undang-Undang ada pada DPR dan Presiden; Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden ada pada Presiden; Peraturan Daerah ada pada Walikota/Bupati bersama-sama Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

Sedangkan berkaitan dengan materi muatan dalam peraturan perundang-undangan maka harus beradasarkan asas sinkronisasi baik vertikal maupun horisontal. Disamping itu juga harus diperhatikan asas-asas lain seperti asas *Lex Specialist Derograt legi Generali,* asas yang kemudian mengesampingan yang terdahulu dan lain sebagainya.

Menurut lampiran I Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan 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 atau materi yang diatur sehingga perlu dibentuk Peraturan Perundang-Undangan yang baru. Beberapa persoalan hukum itu, antara lain, peraturan yang sudah ketinggalan, peraturan yang tidak harmonis atau tumpang tindih, jenis peraturan yang lebih rendah dari Undang-Undang sehingga daya berlakunya lemah, peraturannya sudah ada tetapi tidak memadai, atau peraturannya memang sama sekali belum ada.

Berdasarkan Kajian Naskah Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah memiliki landasan yuridis yang kuat. Beberapa landasan yuridis tersebut antara lain:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 Tentang Pembentukan Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi

Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

3. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3886);
4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pekerja Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 182, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6397);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009

Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

7. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5235);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
10. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor

105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 68871);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2025 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
13. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehetan Reproduksi;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan;
17. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Nganjuk;

18. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 6 Tahun 2024 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2025-2045;
19. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 3 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2025-2029

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

A. Jangkauan dan Arah Pengaturan.

Naskah akademik pada akhirnya berfungsi mengarahkan ruang lingkup materi muatan Rancangan Peraturan Daerah yang akan dibentuk. Dalam teori penyusunan peraturan perundang-undangan telah diikuti suatu prinsip bahwa sebuah naskah akademik harus merumuskan sasaran yang akan diwujudkan dari penetapan sebuah peraturan perundang-undangan. Sehubungan dengan itu, dalam upaya penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Penyelenggaraan Kesehatan akan dijabarkan tentang sasaran yang akan diwujudkan.

Sasaran yang akan diwujudkan dari Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah adalah untuk memberikan landasan, pedoman, dan arah penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan oleh Pemerintah Daerah dan/atau Masyarakat, termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta di Daerah. Di samping itu, dengan Peraturan Daerah ini diharapkan dapat menjawab permasalahan penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Nganjuk:

Selanjutnya tujuan pengaturan mengenai Sistem kesehatan Daerah Daerah ini adalah:

1. meningkatkan kualitas pengelolaan Kesehatan di Tingkat Daerah dengan memperhatikan pembagian urusan pemerintahan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan;
2. menata pembangunan Kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan menyeimbangkan antara Upaya Kesehatan Masyarakat dengan Upaya Kesehatan perorangan;
3. memenuhi hak dan kebutuhan semua komponen dalam pembangunan Kesehatan; dan

4. memberikan perlindungan bagi Masyarakat dan penyelenggara Kesehatandi Daerah.

B. Ketentuan Umum

Ketentuan Umum Naskah Akademik Peraturan Daerah ini, pada dasarnya memuat definisi atau pengertian dari istilah-istilah penting yang secara berulang-ulang digunakan dalam pengaturan peraturan daerah ini. Istilah itu tentu berkaitan erat dengan penyelenggaraan keolahragaan. Definisi istilah-istilah itu relatif baku yang dapat dirujuk dari peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan disesuaikan dalam konteks daerah dan kebutuhan pengaturan yang dikehendaki.

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan:

1. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
2. Daerah adalah Kabupaten Nganjuk.
3. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Bupati adalah Bupati Nganjuk.
5. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan DPRD dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
6. Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal-usul dan/atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam system pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia;
7. Masyarakat adalah sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas secara teratur dan saling tergantung satu sama lain meliputi kelompok warga sipil, lembaga nirlaba, korporasi, dan kelompok non pemerintah lain di Daerah.
8. Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif.
9. Sistem Kesehatan Daerah yang selanjutnya disingkat SKD adalah pengelolaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh semua

komponen Masyarakat di Daerah secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat Kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya.

10. 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, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
11. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau Masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
12. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun Masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
13. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya.
14. Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.
15. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.
16. Tenaga Medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.
17. Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat bahan alam, termasuk bahan obat bahan alam, kosmetik, suplemen Kesehatan, dan obat kuasi.
18. Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga yang selanjutnya disingkat PKRT adalah alat, bahan, dan/atau campuran bahan untuk

pemeliharaan dan perawatan yang berdampak pada Kesehatan manusia yang ditujukan pada penggunaan di rumah tangga dan fasilitas umum.

19. Obat adalah bahan, paduan bahan, termasuk produk biologi, yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan Kesehatan, dan kontrasepsi untuk manusia.
20. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, peralatan, implan, reagen dan kalibrator *in vitro*, perangkat lunak, serta material atau sejenisnya yang digunakan pada manusia untuk tujuan medis dan tidak mencapai kerja utama melalui proses farmakologi, imunologi, atau metabolisme.
21. Gawat Darurat adalah keadaan klinis Pasien yang membutuhkan tindakan medis dan/atau psikologis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kedisabilitasan.
22. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu yang selanjutnya disingkat SPGDT adalah suatu mekanisme pelayanan Korban/Pasien Gawat Darurat yang terintegrasi dan berbasis call center dengan menggunakan kode akses telekomunikasi 119 dengan melibatkan Masyarakat.
23. Pusat Pelayanan Keselamatan Terpadu atau *Public Safety Center* yang selanjutnya disebut PSC adalah pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan Masyarakat dalam hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan yang berada di wilayah Daerah yang merupakan ujung tombak pelayanan untuk mendapatkan respon cepat.
24. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan Masyarakat dengan cara pemicuan.
25. Informasi Kesehatan adalah Data Kesehatan yang telah diolah atau diproses menjadi bentuk yang mengandung nilai dan makna yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan dalam mendukung pembangunan Kesehatan.
26. Data Kesehatan adalah angka dan fakta kejadian berupa keterangan dan tanda-tanda yang secara relatif belum bermakna bagi pembangunan Kesehatan.
27. Upaya Kesehatan Perorangan, yang selanjutnya disingkat UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan.
28. Upaya Kesehatan Masyarakat, yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh Pemerintah dan/atau

masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat.Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

29. Sistem Informasi Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.
30. Pelayanan Kesehatan Dasar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seluruh penduduk yang berada di Daerah, baik berupa pelayanan kesehatan perorangan maupun dalam bentuk pelayanan kesehatan masyarakat yang diperoleh melalui sarana pelayanan kesehatan dasar Pemeritah Daerah maupun swasta seperti puskesmas dan jajarannya serta klinik swasta.
31. Pelayanan Kesehatan Rujukan adalah upaya sistem pelayanan kesehatan berdasarkan jenjang unit pelayanan medis yang mempunyai kemampuan untuk melakukan atau memberikan layanan berdasarkan pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas masalah kesehatan masyarakat dan kasus-kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik, baik secara vertikal maupun horizontal.
32. Standar adalah persyaratan teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak/Pemerintah/keputusan internasional yang terkait dengan memperhatikan persyaratan keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengalaman, serta perkembangan masa kini dan masa depan untuk memperoleh manfaat yang sebesar besarnya.
33. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dengan dukungan puskesmas keliling, bidan di desa dan puskesmas pembantu dengan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
34. Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

35. Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.
36. Pembangunan Kesehatan adalah penyelenggaraan urusan wajib pemerintahan di bidang kesehatan dan bidang lain yang terkait kesehatan di Daerah.
37. Rumah Sakit adalah Fasilitas Kesehatan baik milik Pemerintah Daerah maupun masyarakat yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat yang berada di wilayah Daerah.
38. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah rumah sakit yang dimiliki dan dikelola oleh Pemerintah Daerah.
39. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sepagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
40. Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat, yang selanjutnya disingkat UKBM adalah program pemberdayaan masyarakat yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
41. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
42. Orang adalah orang perseorangan.
43. Badan adalah sekumpulan orang dan/atau modal yang merupakan kesatuan, baik yangmelakukan usaha maupun yang tidak melakukan usaha yang meliputi perseroan terbatas, perseroan komanditer, perseroan lainnya, badan usaha milik negara (BUMN), atau badan usaha milik daerah (BUMD) dengan nama dan dalam bentuk apa pun, firma, kongsi, koperasi, dana pensiun, persekutuan, perkumpulan, yayasan, organisasi massa, organisasi sosial politik, atau organisasi lainnya, lembaga dan bentuk badan lainnya termasuk kontrak investasi kolektif dan bentuk usaha tetap.

C. Ruang Lingkup Materi Muatan

Materi muatan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah meliputi:

1. Wewenang dan tanggungjawab tanggungjawab Pemerintah Daerah, serta hak, dan kewajiban;
2. Upaya Kesehatan;
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
4. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat;
5. sumber daya manusia Kesehatan;
6. Sediaan farmasi, perbekalan Kesehatan, dan makanan minuman;
7. manajemen Informasi dan regulasi Kesehatan;
8. penelitian dan pengembangan Kesehatan;
9. pemberdayaan Masyarakat dan Desa;
10. pengembangan Inovasi daerah;
11. pembinaan, pengawasan, dan pengendalian;
12. pendanaan Kesehatan;

Selanjutnya dari ruang lingkup tersebut dirinci dalam materi bab, dan pasal-pasal batang tubuh sebagai berikut:

BAB II
WEWENANG DAN TANGGUNGJAWAB PEMERINTAH DAERAH, SERTA HAK, DAN KEWAJIBAN MASYARAKAT

Bagian Kesatu
Wewenang dan Tanggung jawab Pemerintah Daerah

Paragraf 1
Wewenang

Pasal 6

Kewenangan Pemerintah Daerah dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan meliputi:

a. pengelolaan UKP Daerah dan rujukan tingkat Daerah;
b. pengelolaan UKM Daerah dan rujukan tingkat Daerah;
c. penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah;
d. penerbitan izin praktek dan izin kerja tenaga kesehatan;
e. penerbitan izin apotik, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal;
f. penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT);
g. penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga;
h. penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga;

i. perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah;
j. pengawasan post-market produk makanan-minuman industri rumah tangga; dan
k. pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat Daerah.

Paragraf 2
Tanggungjawab Pemerintah Daerah

Pasal 7

(1) Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 Pemerintah Daerah bertanggungjawab:
   a. merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, elisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat;
   b. meningkatkan dan mengembangkan Upaya Kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan;
   c. menyelenggarakan kegiatan kewaspadaan KLB atau Wabah, penanggulangan KLB atau Wabah, dan pasca-KLB atau Wabah;
   d. mewujudkan ketersediaan lingkungan yang sehat bagi masyarakat;
   e. mewujudkan ketersediaan Sumber Daya Kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat dengan memberikan insentif fiskal dan/atau insentif nonliskal;
   f. mewujudkan ketersediaan dan akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan;
   g. melakukan pengaturan, pembinaan, pengawasan, serta peningkatan mutu dan kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
   h. melakukan perencanaan, pengadaan, serta pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan wilayahnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
   i. mengupayakan kesejahteraan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
   j. memberikan pelindungan kepada Pasien dan Sumber Daya Manusia Kesehatan;
   k. melakukan perencanaan, pemenuhan, pendayagunaan, dan kesejahteraan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan wilayahnya; dan
   l. memberdayakan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan.
(2) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan kewenangan Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(3) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya dapat menetapkan kebijakan daerah dan wajib mengacu pada norma, standar, prosedur, dan kriteria pembangunan Kesehatan yang ditetapkan Pemerintah Pusat.

Bagian Kedua

Hak dan Kewajiban Masyarakat

Paragraf 1
Hak

Pasal 8

Setiap masyarakat berhak:
a. atas Kesehatan;
b. memperoleh akses atas sumber daya di bidang Kesehatan;
c. memperoleh Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau;
d. menentukan sendiri Pelayanan Kesehatan yang diperlukan bagi dirinya secara mandiri dan bertanggungjawab;
e. mendapatkan lingkungan hidup yang sehat bagi pencapaian derajat
f. Kesehatan;
g. mendapatkan informasi dan edukasi seimbang dan bertanggungjawab; dan
h. memperoleh informasi tentang Data Kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari Tenaga Kesehatan.

Paragraf 2
Kewajiban

Pasal 9

Setiap Masyarakat berkewajiban untuk:
a. ikut mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat setinggi-tingginya meliputi UKP, UKM dan pembangunan berwawasan Kesehatan;
b. menghormati hak Orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat baik fisik, biologi maupun sosial;
c. berperilaku hidup bersih dan sehat untuk mewujudkan, mempertahankan dan memajukan Kesehatan yang setinggi-tingginya;
d. menjaga dan meningkatkan derajat Kesehatan bagi Orang lain yang menjadi tanggungjawabnya; dan
e. turut serta dalam program jaminan Kesehatan sosial sesuai peraturan perundang-undangan.

BAB III
UPAYA KESEHATAN

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 10

(1) Pemerintah Daerah merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat.
(2) Pemenuhan Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dalam bentuk UKP dan UKM di Daerah.

(3) Upaya Kesehatan perseorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan Upaya Kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang berdampak hanya kepada individu.
(4) Upaya Kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan Upaya Kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang berdampak pada masyarakat.
(5) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan meliputi upaya:
a. Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia;
b. Kesehatan penyandang disabilitas;
c. Kesehatan reproduksi, dan KB;
d. Gizi;
e. Kesehatan gigi dan mulut;
f. Kesehatan jiwa;
g. PPM dan PPTM;
h. Kesehatan penglihatan dan pendengaran,
i. Kesehatan keluarga,
j. Kesehatan sekolah,
k. Kesehatan kerja,
l. Kesehatan olahraga,
m. Kesehatan lingkungan,
n. Kesehatan matra,
o. Kesehatan bencana,
p. pelayanan darah,
q. transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh,
r. terapi berbasis sel dan/atau sel punca, serta bedah plastik rekonstruksi dan estetika,
s. pengamanan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alkes, 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, yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan pembangunan bidang Kesehatan.
(6) Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan secara terintegrasi sesuai siklus hidup yang meliputi ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia.
(7) Pemenuhan UKP dan UKM sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dengan:
a penyediaan fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP yang menjadi kewenangan Daerah;
b penyediaan layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat
c Daerah; dan
d penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan secara terintegrasi.

Bagian Kedua
Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia

Paragraf 1
Umum

Pasal 11

(1) Upaya Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia diselenggarakan sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau.
(2) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan partisipasi masyarakat, termasuk peran keluarga.
(3) Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat, satuan pendidikan, tempat kerja, komunitas, dan/atau institusi lain dimana sasaran berada.
(4) Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, Tenaga Pendukung atau Penunjang Kesehatan, dan tenaga lain sesuai kompetensi dan kewenangan.

Pasal 12

Setiap ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia berhak memperoleh akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau.

Pasal 13

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia harus dilakukan pencatatan dan pelaporan melalui Sistem Informasi Kesehatan Daerah yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

Paragraf 2
Kesehatan Ibu

Pasal 14

(1) Upaya Kesehatan ibu ditujukan untuk melahirkan anak yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta menurunkan angka kematian ibu.
(2) Selain tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Upaya Kesehatan ibu juga ditujukan untuk mencapai kehidupan ibu yang sehat dan mencegah kedisabilitasan pada anak.

Pasal 15

(1) Upaya Kesehatan ibu dilakukan pada masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan.
(2) Upaya Kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan/ atau rehabilitatif.

Pasal 16

Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan ibu, Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya:
a. menyediakan Pelayanan Kesehatan ibu yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau;
b. menginisiasi, memfasilitasi, dan menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam Upaya Kesehatan ibu;
c. menyediakan rujukan tingkat Daerah; dan
d. menyediakan tempat tunggu kelahiran dengan

Pasal 17

(1) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan ibu, keluarga berperan:
   a. mendukung ibu dalam merencanakan kehamilan;
   b. memperhatikan Kesehatan ibu;
   c. memastikan ibu mendapatkan Pelayanan Kesehatan; dan
   d. mendukung ibu selama masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan.
(2) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan ibu, masyarakat berperan:
   a. memantau Kesehatan ibu;
   b. memberikan dukungan bagi ibu dalam mengakses Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
   c. menyelenggarakan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat.

Paragraf 3
Kesehatan Bayi dan Anak

Pasal 18

Upaya Kesehatan bayi dan anak ditujukan untuk menjaga bayi dan anak tumbuh dan berkembang dengan sehat, cerdas, dan berkualitas, serta menurLlnkan angka kesakitan, kematian, dan kedisabilitasan bayi dan anak.

Pasal 19

(1) Upaya Kesehatan bayi dan anak dilakukan sejak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, sampai sebelum berusia 18 (delapan belas) tahun.
(2) Masa setelah dilahirkan sampai sebelum berusia 18 (delapan belas) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas kelompok sasaran:
   a. bayi baru lahir;
   b. bayi, balita, dan prasekolah; dan
   c. anak usia sekolah.

Pasal 20

Upaya Kesehatan bayi dan anak meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang dilaksanakan berdasarkan kelompok sasaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19.

Pasal 21

(1) Setiap bayi dan anak berhak terlindungi dan terhindar dari segala bentuk diskriminasi dan tindak kekerasan yang dapat mengganggu Kesehatan bayi dan anak.
(2) Upaya pelindungan bayi dan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya, dan masyarakat.
(3) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya wajib menyediakan Pelayanan Kesehatan, pelindungan, dan pendampingan hukum akibat perlakuan diskriminasi dan tindak kekerasan.

Pasal 22

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab:

a. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan bayi dan anak yang sesuai standar, aman, bermutu, dan terjangkau;
b. melakukan koordinasi secara berkala dan berkelanjutan dalam pelindungan bayi dan anak;
c. menyediakan serta melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap tempat dan sarana untuk pengasuhan dan bermain anak agar sesuai dengan standar Kesehatan dan keamanan; dan
d. menggerakkan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bayi dan anak.

Pasal 23

(1) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bayi dan anak, keluarga berperan:
    a. memantau Kesehatan bayi dan anak secara mandiri;
    b. memperhatikan pemenuhan asupan gizi cukup dan seimbang;
    c. memastikan bayi dan anak mendapatkan Pelayanan Kesehatan; dan
    d. mendukung pola asuh dan lingkungan yang sehat dan aman.
(2) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bayi dan anak, masyarakat berperan:
    a. memantau Kesehatan bayi dan anak;
    b. mendukung kemudahan akses dalam menjangkau pelayanan dan mendapatkan Informasi Kesehatan;
    c. menciptakan suasana yang kondusif dalam upaya pemenuhan hak bayi dan anak mendapatkan Pelayanan Kesehatan; dan
    d. menyelenggarakan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat.
(3) Dalam hal masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa badan usaha, peran atas penyelenggaraan Upaya Kesehatan bayi dan anak dapat dilakukan melalui:
    a. kerja sama pemenuhan Upaya Kesehatan bayi dan anak dengan Pemerintah Daerah dan/atau Pemerintah Pusat; dan
    b. menjamin Pelayanan Kesehatan bayi dan anak sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau.

Paragraf 4
Kesehatan Remaja

Pasal 24

(1) Upaya Kesehatan remaja ditujukan untuk mempersiapkan remaja menjadi orang dewasa yang sehat, cerdas, berkualitas, dan produktif.
(2) Upaya Kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, danl atau paliatif.
(3) Upaya promotif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit meliputi:
    a. gizi seimbang;
    b. gaya hidup sehat;
    c. perkembangan psikososial positif;

d. Kesehatan reproduksi; dan
b. akses layanan Kesehatan.

(4) Upaya preventif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
a. imunisasi;
b. skrining Kesehatan untuk deteksi dini penyaki|
c. pemberian suplementasi gizi; dan
d. pencegahan lainnya.

(5) Upaya kuratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi tata laksana dan rujukan sesuai kondisi Kesehatan untuk mengurangi faktor risiko, mengobati penyakit, mencegah atau mengurangi penyulit, dan meningkatkan kualitas hidup.

(6) Upaya rehabilitatif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi rehabilitasi dan perawatan jangka panjang pada penyakit kronis, langka, atau disabilitas.

(7) Upaya paliatif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi Pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pada penyakit yang mengancam kehidupan dan akhir kehidupan.

(8) Upaya Kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) selain ditujukan kepada remaja juga ditujukan kepada orang tua atau pengasuh.

Pasal 25

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan remaja dilakukan tanpa diskriminasi, memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender, menjamin privasi dan kerahasiaan, mempromosikan kemandirian remaja, serta menjamin akses dan biaya yang terjangkau.

Pasal 26

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya:
a. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan remaja yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau; dan
b. menggerakkan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan remaja.

Pasal 27

(1) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan remaja, keluarga berperan memberikan dukungan dalam pengasuhan, pemeliharaan, pendidikan, dan pelindungan kepada remaja.

(2) Dukungan keluarga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan agar:
a. remaja dapat tumbuh sehat dan bebas dari kekerasan dan diskriminasi sesuai degan kemampuan, minat, dan bakatnya;
b. mencegah perkawinan anak; dan
c. memfasilitasi remaja mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar.

(3) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan remaja, masyarakat berperan:
a. melakukan pemantauan penyelenggaraan Kesehatan remaja oleh pemerintah;

b. mendukung akses remaja ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan;
c. mendukung dan memberdayakan kelompok remaja;
d. menyelenggarakan Upaya Kesehatan remaja berbasis masyarakat; dan
e. mendukung perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan pengawasan Kesehatan remaja.

(4) Masyarakat berupa kelompok remaja dapat berperan:
a. memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi kepada teman sebaya;
b. aktif dalam kegiatan masyarakat; dan
c. mengembangkan aktifitas positif sesuai hobi yang bebas dari kekerasan dan diskriminasi.

(5) Masyarakat berupa badan usaha dapat berperan:
a. keterlibatan dalam pelaksanaan, pemantauan, dan pengawasan Upaya Kesehatan remaja yang bebas dari kekerasan dan diskriminasi;
b. memberikan bantuan Sumber Daya Kesehatan;
c. memberikan dukungan kegiatan penelitian dan pengembangan Kesehatan remaja;
d. memberikan bimbingan dan penyuluhan serta penyebarluasan informasi; dan
e. membentuk wadah peningkatan peran serta remaja di sekolah, kelompok remaja, dan masyarakat.

Paragraf 5
Kesehatan Dewasa

Pasal 28

(1) Upaya Kesehatan dewasa ditujukan untuk menjaga agar seseorang tetap hidup sehat dan produktif.
(2) Upaya Kesehatan dewasa dilakukan pada kelompok usia 18 (delapan belas) tahun sampai dengan usia 59 (lima puluh sembilan) tahun.
(3) Upaya Kesehatan dewasa dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif danlatau paliatif.

Pasal 29

Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya menyelenggarakan Upaya Kesehatan dewasa meliputi:
a. penyelenggaraan Upaya Kesehatan dewasa yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau;
b. penyelenggaraan dan fasilitasi Pelayanan Kesehatan primer dan lanjutan;
c. penyelenggaraan manajemen program meliputi aspek perencanaan, implementasi, pemantauan, dan evaluasi dalam lingkup Daerah;
d. penyelenggaraan sistem rujukan, sistem informasi, dan sistem surveilans dalam lingkup Daerah;
e. pemetaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut; dan

f. penyediaan serta koordinasi dan advokasi dukungan Sumber Daya Kesehatan di lingkup Daerah.

Pasal 30

Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan dewasa, masyarakat berperan mendukung perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi Upaya Kesehatan dewasa.

Paragraf 6
Kesehatan Lanjut Usia

Pasal 31

(1) Upaya Kesehatan lanjut usia ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat, berkualitas, dan produktif sesuai dengan martabat kemanusiaan.
(2) Upaya Kesehatan lanjut usia dilakukan sejak seseorang berusia 60 (enam puluh) tahun atau usia lain yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(3) paya Kesehatan lanjut usia dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, danl atau paliatif.

Pasal 32

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya menyelenggarakan Upaya Kesehatan lanjut usia meliputi:
a. penyelenggaraan Upaya Kesehatan lanjut usia yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau; dan
b. penyediaan Sumber Daya Kesehatan secara merata dan terjangkau.

Pasal 33

Upaya Kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 sampai dengan Pasal 17, Upaya Kesehatan bayi dan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 sampai dengan Pasal 23, Upaya Kesehatan Remaja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 sampai dengan Pasal 26, dan upaya kesehatan Dewasa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 sampai dengan Pasal 29, serta upaya kesehatan Lanjut usia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 sampai dengan Pasal 32 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peratura perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Kesehatan Penyandang Disabilitas

Pasal 34

(1) Upaya Kesehatan penyandang disabilitas merupakan segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk mencegah kedisabilitasan dan memelihara serta meningkatkan derajat Kesehatan penyandang disabilitas.
(2) Upaya Kesehatan penyandang disabilitas ditujukan untuk menjaga agar penyandang disabilitas tetap hidup sehat, produktif, dan bermartabat.

(3) Upaya Kesehatan penyandang disabilitas dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
(4) Upaya Kesehatan penyandang disabilitas dilakukan sepanjang usia penyandang disabilitas.

Pasal 35

Setiap penyandang disabilitas berhak:
a. memperoleh akses atas Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan yang sesuai standar, aman, bermutu, dan terjangkau;
b. memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dan dipahami sesuai ragam disabilitas;
c. memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri menentukan Pelayanan Kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
d. memperoleh alat bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya;
e. memperoleh pelindungan dari kecelakaan akibat kerja, tindak kekerasan, dan perdagangan orang;
f. memperoleh Obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah;
g. memperoleh pelindungan dari upaya percobaan medis;
h. memperoleh pelindungan dalam penelitian dan pengembangan Kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek; dan
i. memperoleh identitas kedisabilitasan, narahubung, dan akses terhadap bantuan.

Pasal 36

(1) Upaya Kesehatan penyandang disabilitas diselenggarakan melalui penyediaan akses atas Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan yang inklusif serta sesuai standar menurut ragam disabilitas.
(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan bagi penyandang disabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi standar berupa:
    a. standar bangunan dan sarana prasarana;
    b. standar sumber daya manusia; dan
    c. standar penyediaan alat bantu.

Pasal 37

Pemerintah Daerah, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan masyarakat yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan penyandang disabilitas harus melakukan pencatatan dan pelaporan yang mencakup registri penyakit berdasarkan ragam disabilitas melalui Sistem Informasi Kesehatan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

Pasal 38

(1) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya melakukan koordinasi secara berkala dan berkelanjutan dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan penyandang disabilitas.
(2) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan penyandang disabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
    a. penjaminan bagi penyandang disabilitas untuk mempunyai hak yang sama sebagai warga negara;

b. pengimplementasian kebijakan nasional Kesehatan penyandang disabilitas yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat;
c. penyediaan Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan untuk mendukung kebutuhan Kesehatan penyandang disabilitas;
d. penyediaan aksesibilitas fasilitas dan layanan penyandang disabilitas;
e. pengumpulan data dan informasi terkait penyandang disabilitas untuk memahami kebutuhan dan tantangan penyandang disabilitas;
f. pembinaan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu Kesehatan penyandang disabilitas dan mengurangi stigma;
g. penyelenggaraan pendidikan inklusif dan program rehabilitasi; dan
h. pelaksanaan koordinasi dengan Pemerintah Pusat dan lembaga terkait lainnya.

(3) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya mengupayakan pendanaan untuk Upaya Kesehatan bagi penyandang disabilitas yang dilakukan melalui bantuan sosial dan asuransi Kesehatan.

(4) Selain pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Upaya Kesehatan bagi penyandang disabilitas dilakukan melalui pendanaan berbasis masyarakat dan pendanaan mandiri.

Pasal 39

Upaya Kesehatan penyandang Disabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 sampai dengan Pasal 38 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peratura perundang-undangan.

Bagian Keempat
Kesehatan Reproduksi

Pasal 40

(1) Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi, bukan semata-mata bebas dari penyakit atau kedisabilitasan.

(2) Upaya Kesehatan reproduksi ditujukan untuk menjaga dan meningkatkan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.

(3) Selain tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Upaya Kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk:
a. menjamin pemenuhan hak Kesehatan reproduksi dan seksual pada laki-laki dan perempuan; dan
b. menjamin Kesehatan reproduksi pada laki-laki dan perempuan untuk membentuk generasi yang sehat dan berkualitas.

(4) Upaya Kesehatan reproduksi dilaksanakan dengan menghormati nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norrna agama.

Pasal 41

Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan reproduksi Pemerintah Daerah:
a. menyelenggarakan dan memfasilitasi pelaksanaan Pelayanan Kesehatan reproduksi pada lingkup Daerah dengan melibatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan swasta;
b. menyediakan Sumber Daya Kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, serta Obat dan Alat Kesehatan reproduksi pada lingkup Daerah, termasuk pada situasi bencana atau krisis Kesehatan;
c. melakukan pemetaan, pemerataan, dan peningkatan kapasitas Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada lingkup Daerah; dan
d. menyelenggarakan pemantauan dan penilaian kualitas Pelayanan Kesehatan reproduksi pada lingkup Daerah, termasuk kualitas pelayanan kontrasepsi.

Pasal 42

(1) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan reproduksi, keluarga berperan:
   a. melakukan partisipasi aktif untuk meningkatkan pengetahuan dan melakukan upaya pencegahan dan pelindungan Kesehatan reproduksi;
   b. mendukung pola asuh dan lingkungan yang aman untuk menghindari terjadinya kekerasan seksual;
   c. memantau secara mandiri kondisi Kesehatan sistem reproduksi;
   d. memastikan semua anggota keluarga mendapatkan Pelayanan Kesehatan reproduksi, termasuk calon pengantin; dan
   e. memastikan setiap pasangan usia subur berpartisipasi dan mendukung pilihan metode kontrasepsi pasangannya.
(2) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan reproduksi masyarakat berperan:
   a. mendukung kemudahan akses dalam mendapatkan informasi dan Pelayanan Kesehatan reproduksi melalui Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat;
   b. melakukan partisipasi aktif untuk meningkatkan pemahaman dan peran serta masyarakat dalam Kesehatan reproduksi sejak usia dini, termasuk pencegahan kekerasan seksual;
   c. memeriksakan Kesehatan reproduksi calon pengantin sebelum melaksanakan pernikahan;
   d. memberikan dukungan bagi korban tindak pidana perkosaan atau kekerasan seksual lainnya, baik yang melakukan aborsi maupun melanjutkan kehamilan agar terbebas dari stigma dan diskriminasi; dan
   e. melindungi dan mencegah perempuan dari tindakan aborsi yang tidak aman, tidak bermutu, tidak bertanggung jawab, dan bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(3) Dalam hal masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa badan usaha, berperan:
   a. melakukan kerja sama pemenuhan Upaya Kesehatan reproduksi dengan pemerintah; dan

b. menyediakan Pelayanan Kesehatan reproduksi yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau.

Pasal 43

Upaya Kesehatan Reproduksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 sampai dengan Pasal 42 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peratura perundang-undangan.

Bagian Kelima
Gizi

Pasal 44

(1) Upaya pemenuhan gizi ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan masyarakat.
(2) Mutu gizi perseorangan dan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kondisi terpenuhinya kebutuhan gizi sesuai standar angka kecukupan gizi dan tercapainya status gizi yang baik pada perseorangan dan
(3) masyarakat.
(4) Angka kecukupan gizi dan status gizi didasarkan pada standar yang ditetapkan berdasarkan ketentuan yang berlaku.
(5) Upaya pemenuhan gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia, dengan memberikan perhatian khusus kepada:
    a. ibu hamil dan menyusui;
    b. bayi dan balita; dan
    c. remaja perempuan.

Pasal 45

Pemerintah Daerah, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan masyarakat yang menyelenggarakan upaya pemenuhan dan perbaikan gizi harus melakukan pencatatan dan pelaporan dalam Sistem Informasi Kesehatan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

Pasal 46

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab terhadap ketersediaan bahan makanan secara merata, terjangkau, dan memenuhi standar mutu gizi.

Pasal 47

(1) Dalam upaya pemenuhan dan perbaikan gizi, keluarga berperan:
    a. menjamin pemenuhan gizi seluruh anggota keluarga;
    b. menerapkan pemberian makanan bayi dan anak yang benar;
    c. menerapkan perilaku gizi seimbang dalam keluarga;
    d. melakukan pemantauan Kesehatan dan gizi ibu selama kehamilan dan pascapersalinan; dan
    e. melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak.
(2) Dalam upaya pemenuhan dan perbaikan gizi, masyarakat berperan:
    a. menggerakkan Setiap Orang untuk menerapkan perilaku gizi seimbang;

b. membantu melakukan penanganan terhadap terjadinya masalah gizi;
c. mendukung kemudahan akses dalam menjangkau pelayanan gizi;
d. menyelenggarakan pelayanan gizi berbasis masyarakat;
e. mengelola sumber daya alam sebagai makanan tambahan; dan
f. melakukan upaya perbaikan gtzi melalui pemberdayaan masyarakat disesuaikan dengan kondisi setempat, baik pedesaan maupun perkotaan.

(3) Dalam hal masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa badan usaha, badan usaha berperan:
a. melakukan kerja sama pemenuhan dan perbaikan gizi dengan pemerintah; dan
b. menjamin pemenuhan dan perbaikan gizi yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau.

Pasal 48

Upaya pemenuhan dan perbaikan Gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 sampai dengan Pasal 47 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peratura perundang-undangan.

Bagian Keenam
Kesehatan Jiwa

Pasal 49

(1) Kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.
(2) Upaya Kesehatan jiwa diselenggarakan untuk:
a. menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu Kesehatan jiwa; dan
b. menjamin setiap orang dapat mengembangkan berbagai potensi kecerdasan dan potensi psikologis lainnya.

Pasal 50

(1) Upaya Kesehatan jiwa diberikan secara proaktif, terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan manusia bagi Orang yang Berisiko, ODGJ, dan masyarakat
(2) Upaya Kesehatan jiwa diselenggarakan melalui upaya yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif.

Pasal 51

Dalam penyelenggaraan tanggung jawab pada upaya Kesehatan jiwa, Pemerintah Daerah melakukan:

a. penetapan kebijakan penyelenggaraan Upaya Kesehatan jiwa di tingkat Daerah dengan berpedoman pada kebijakan dan strategi nasional penyelenggaraan Upaya Kesehatan jiwa dan kebijakan Pemerintah Daerah provinsi;
b. kerjasama dengan instansi terkait di tingkat Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
c. pengelolaan dan pelaksanaan sistem data dan informasi Upaya Kesehatan jiwa;
d. penjaminan ketersediaan sumber daya manusia, sarana, prasarana, Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan, dan pendanaan yang menunjang Pelayanan Kesehatan jiwa;
e. penyediaan Pelayanan Kesehatan jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama di Daerah;
f. penyediaan Pelayanan Kesehatan jiwa di Rumah Sakit;
g. pemastian tersedianya lingkungan mendukung tercapainya Kesehatan jiwa; dan
h. penyelenggaraan Upaya Kesehatan jiwa secara terstruktur, sistematis, dan berkelanjutan.

Pasal 52

Upaya Kesehatan Jiwa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 sampai dengan Pasal 51 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh
Penanggulangan Penyakit

Paragraf 1
Penanggulangan Penyakit Menular

Pasal 53

(1) Penanggulangan penyakit menular diselenggarakan secara terkoordinasi, terpadu, dan berkesinambungan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mempertimbangkan aspek determinan Kesehatan.
(2) Penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan penyakit yang dapat menular ke manusia yang disebabkan oleh mikroorganisme.
(3) Penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (2), berdasarkan cara penularannya dikelompokkan menjadi:
    a. penyakit menular langsung; dan
    b. penyakit tular vektor dan binatang pembawa penyakit.

Pasal 54

Penanggulangan penyakit menular dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit untuk menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas, dan/atau meninggal dunia serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular.

Pasal 55

Penanggulangan penyakit menular menggunakan pendekatan berfokus pada masyarakat berupa:

a. peningkatan pengetahuan masyarakat tentang penyakit menular dan kondisinya;
b. dukungan dan pendampingan untuk menyelesaikan pengobatan dan pemantauannya dari keluarga, komunitas, Tenaga Medis, dan/atau Tenaga Kesehatan;
c. pelindungan bagi penderita dari stigma dan diskriminasi; dan
d. dukungan psikososial bagi orang yang terinfeksi penyakit menular.

Pasal 56

(1) Dalam penanggulangan penyakit menular, Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab:
    a. melakukan penanggulangan penyakit menular melalui kegiatan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta bertanggung jawab terhadap akibat yang ditimbulkannya;
    b. membuat dan melaksanakan kebijakan penanggulangan penyakit menular dengan mengacu pada kebijakan dan strategi nasional penanggulangan penyakit menular;
    c. menyediakan Sumber Daya Kesehatan;
    d. melakukan advokasi dan kerja sama lintas program, lintas sektor, lintas disiplin, dan masyarakat; dan
    e. melakukan penelitian dan pengembangan.
(2) Dalam penanggulangan penyakit menular, Pemerintah Desa bertanggung jawab:
    a. melaksanakan kebijakan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
    b. menyediakan Sumber Daya Kesehatan;
    c. melakukan advokasi dan kerja sama lintas program dan lintas sektor; dan
    d. menyelenggarakan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat.

Pasal 57

Dalam penanggulangan penyakit menular, masyarakat berperan:

a. meningkatkan pengetahuan terhadap penyakit menular;
b. memelihara dan menjaga Kesehatan dirinya;
c. mencegah penyebaran penyakit menular melalui perilaku hidup bersih dan sehat, ikut berperan dalam perbaikan kualitas media lingkungan, pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit, serta melengkapi imunisasi sesuai standar;
d. memberikan dukungan psikososial serta mencegah stigma dan diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi penyakit menular dan orang terdampak lainnya; dan
e. melakukan deteksi dini penyakit menular dan melaporkan kepada pihak yang berwenang terkait penyakit menular potensial KLB dan/atau Wabah.

Pasal 58

Penanggulangan penyakit menular sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 sampai dengan Pasal 57 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2
Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Pasal 59

(1) Penanggulangan penyakit tidak menular diselenggarakan secara terkoordinasi, terpadu, dan berkesinambungan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mempertimbangkan aspek determinan Kesehatan.
(2) Penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan penyakit yang tidak dapat ditularkan dari satu orang ke orang lain dan cenderung berdurasi panjang atau kronis yang diakibatkan dari kombinasi faktor risiko genetik, lingkungan, dan perilaku.

Pasal 60

Penanggulangan penyakit tidak menular dilakukan untuk:
a. meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan berperilaku hidup sehat;
b. mencegah terjadinya penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkan;
c. menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas, dan/atau meninggal dunia; dan
d. mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit tidak menular.

Pasal 61

(1) Dalam rangka pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular, Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab meningkatkan advokasi, sosialisasi, kampanye Kesehatan, serta komunikasi, informasi, dan edukasi kepada masyarakat.
(2) Dalam pelaksanaan kegiatan advokasi, sosialisasi, kampanye Kesehatan, serta komunikasi, informasi, dan edukasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), keluarga dan masyarakat termasuk swasta harus terlibat dan berperan secara aktif guna terwujudnya perubahan perilaku masyarakat yang terhindar dari risiko penyakit tidak menular.

Pasal 62

(1) Dalam penyelenggaraan penanggulangan penyakit tidak menular, Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab:
    a. menetapkan kebijakan dan melaksanakan penanggulangan penyakit tidak menular sebagai program prioritas daerah dengan mengacu pada kebijakan dan strategi nasional penanggulangan penyakit tidak menular;
    b. menyediakan Sumber Daya Kesehatan;

c. melakukan advokasi dan kerja sama lintas program, lintas sektor, dan masyarakat;
d. melakukan penelitian dan pengembangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
e. menetapkan dan melaksanakan ketentuan mengenai kawasan pangan rendah gula, garam, dan lemak.

(2) Dalam penanggulangan penyakit tidak menular, Pemerintah Desa bertanggung jawab:
a. melaksanakan penanggulangan penyakit tidak menular dengan mengacu pada kebijakan dan strategi nasional penanggulangan penyakit tidak menular dan kebijakan Pemerintah Daerah;
b. menyediakan Sumber Daya Kesehatan;
c. melakukan advokasi dan kerja sama lintas program dan lintas sektor; dan
d. melaksanakan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat.

Pasal 63

(1) Pemerintah Daerah melaksanakan program prioritas dan target penanggulangan penyakit tidak menular yang ditetapkan oleh Pemerintah.
(2) Selain melaksanakan program prioritas dan target penanggulangan penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1)., Pemerintah Daerah dapat menetapkan program prioritas dan target lain sesuai dengan kebutuhan wilayahnya.
(3) Penetapan program prioritas dan target sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada jenis penyakit tidak menular dengan kriteria:
a. dapat dilakukan pencegahan, pengobatan, dan/atau rehabilitasi; dan
b. tingginya angka kematian, kesakitan, disabilitas, dan/atau beban biaya pengobatan.

Pasal 64

Pemerintah Daerah berwenang menetapkan kebijakan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular berupa:
a. pengaturan dan pembinaan kepada pedagang penjualan makanan dan minuman yang berjualan di sekitar sekolah dan tempat kerja;
b. pengawasan promosi dan kampanye pangan;
c. pengawasan pangan industri rumah tangga, pangan olahan siap saji termasuk porsi makanan dan minuman yang disajikan pada tempat usaha, serta pangan jajanan anak sekolah di wilayahnya;
d. memastikan ketersediaan buah, sayur, dan pangan sehat yang terjangkau;
e. peningkatan kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik melalui pemenuhan sarana dan prasarana aktivitas fisik dan sarana olahraga termasuk sarana mobilitas untuk transportasi aktif;
f. pemenuhan sarana ruang terbuka hijau dan pemanfaatan lahan untuk promosi Kesehatan lingkungan dan faktor risiko lingkungan, termasuk penanggulangan polusi udara dan pelarangan pembakaran terbuka;

g. pembiasaan aktivitas lisik dan olahraga terutama di lingkungan perkantoran dan industri;
h. pembinaan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular; dan
i. upaya pengendalian faktor risiko lainnya.

Pasal 65

Penanggulangan penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 sampai dengan Pasal 64 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedelapan
Upaya Kesehatan Penglihatan dan Pendengaran

Pasal 66

(1) Upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran ditujukan untuk meningkatkan derajat Kesehatan penglihatan dan pendengaran masyarakat serta menurunkan angka disabilitas.
(2) Upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran diselenggarakan secara terpadu, komprehensif, efektif, efisien, dan berkelanjutan.
(3) Upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran dilakukan pada seluruh siklus hidup dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif.

Pasal 67

Tanggung jawab Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa, dan masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan penglihatan dan pendengaran sesuai dengan ketentuan tanggung jawab Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa, dan masyarakat dalam penyelenggaraan penanggulangan penyakit tidak menular.

Pasal 68

Upaya Kesehatan Penglihatan dan Pendengaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 sampai dengan Pasal 67 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesembilan
Upaya Kesehatan Keluarga

Pasal 69

(1) Upaya Kesehatan keluarga ditujukan agar tercipta interaksi dinamis yang positif antaranggota keluarga yang memungkinkan setiap anggota keluarga mengalami kesejahteraan fisik, jiwa, dan sosial yang optimal.
(2) Keluarga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas:
    a. suami dan istri;
    b. suami, istri, dan anaknya;
    c. ayah dan anaknya; atau
    e. ibu dan anaknya.

(1) Selain keluarga sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Upaya Kesehatan keluarga juga diselenggarakan pada keluarga lain yang sedarah maupun keluarga yang tidak sedarah.

Pasal 70

Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Desa bertanggung jawab atas penyelenggaraan Upaya Kesehatan keluarga sesuai kewenangan masing-masing.

Pasal 71

Upaya Kesehatan Keluarga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 sampai dengan Pasal 70 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesepuluh
Kesehatan Sekolah

Pasal 72

(1) Kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi peserta didik, pendidik, dan tenaga kependidikan dalam rangka mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas serta mewujudkan lingkungan sekolah yang sehat.
(2) Kesehatan sekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan pada satuan pendidikan formal dan nonformal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(3) Kesehatan sekolah yang diselenggarakan pada satuan pendidikan nonformal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan sesuai dengan kemampuan satuan pendidikan.
(4) Kesehatan sekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan melalui:
    a. pendidikan Kesehatan;
    b. Pelayanan Kesehatan; dan
    c. pembinaan lingkungan sekolah sehat.

Pasal 73

Pemerintah Daerah melakukan koordinasi, pembinaan, dan pengawasan penyelenggaraan Kesehatan sekolah secara berkala dan berkelanjutan dengan Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Pusat..

Pasal 74

Dalam penyelenggaraan Kesehatan sekolah, masyarakat berperan:
a. memberikan asistensi, konsultasi, atau bimbingan teknis;
b. memberikan penyuluhan atau penyebarluasan Informasi Kesehatan;
c. memberikan dukungan fasilitasi penyelenggaraan Kesehatan sekolah;
d. memberikan dukungan pendanaan; dan
e. memberikan dukungan kegiatan penelitian dan pengembangan Kesehatan sekolah.

Pasal 75

Upaya Kesehatan Sekolah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 sampai dengan Pasal 74 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 76

Upaya Kesehatan Sekolah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 sampai dengan Pasal 75 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesebelas
Upaya Kesehatan Kerja

Pasal 77

(1) Upaya Kesehatan kerja 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 dan gangguan Kesehatan lainnya.
(2) Upaya Kesehatan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari keselamatan dan Kesehatan kerja.
(3) Upaya Kesehatan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan di tempat kerja pada sektor formal dan informal serta pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
(4) Upaya Kesehatan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berlaku juga untuk pekerjaan di lingkungan matra.
(5) Upaya Kesehatan Kerja diselenggarakan melalui upaya yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif.

Pasal 78

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab:
a. menetapkan kebijakan dan melaksanakan Upaya Kesehatan kerja yang terintegrasi dengan sistem keselamatan dan Kesehatan kerja;
b. melakukan koordinasi secara berkala dan berkelanjutan dalam pelaksanaan Upaya Kesehatan kerja; dan
c. meningkatkan kapasitas sumber daya dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan kerja.

Pasal 79

Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan kerja, masyarakat berperan dalam meningkatkan pemahaman dan mendukung penerapan terhadap Upaya Kesehatan kerja bagi pekerja dan orang lain yang berada di tempat kerja.

Pasal 80

Upaya Kesehatan Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 sampai dengan Pasal 79 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Belas
Kesehatan Lingkungan

Pasal 81

(1) Upaya Kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat secara fisik, kimia, biologi, dan sosial yang memungkinkan Setiap Orang mencapai derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya.
(2) Upaya Kesehatan lingkungan merupakan upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan Kesehatan dari faktor risiko lingkungan.
(3) Upaya Kesehatan lingkungan diselenggarakan secara terpadu dan berkesinambungan, termasuk pada kondisi matra dan ancaman global perubahan iklim melalui upaya penyehatan, pengamanan, dan pengendalian.
(4) Upaya Kesehatan lingkungan diselenggarakan pada lingkungan pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum.

Pasal 82

(1) Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya menyelenggarakan Upaya Kesehatan Iingkungan dalam keadaan tertentu.
(2) Keadaan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
    a. kondisi matra; dan
    b. ancaman global perubahan iklim.
(3) Upaya Kesehatan lingkungan dalam kondisi matra sebagaimana dimaksud pada ayat (21 huruf a dilakukan sebelum kejadian, saat kejadian, dan setelah kejadian kondisi matra.
(4) Upaya Kesehatan lingkungan dalam ancaman global perubahan iklim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan melalui kegiatan mitigasi dan adaptasi.
(5) Upaya Kesehatan lingkungan dalam ancaman global perubahan iklim sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan untuk mewujudkan sistem Kesehatan yang berketahanan iklim.
(6) Sistem Kesehatan yang berketahanan iklim sebagaimana dimaksud pada ayat (5) meliputi area intervensi:
    a. mengatasi berbagai dampak Kesehatan dari perubahan iklim, termasuk pencegahan dan pengendalian penyakit sensitif iklim;
    b. menguatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang berketahanan iklim dan lestari lingkungan; dan
    c. mempromosikan manfaat Kesehatan yang diperoleh dari mitigasi perubahan iklim pada sektor lain.

Pasal 83

(1) Setiap pengelola, penyelenggara, atau penanggung jawab lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum wajib menyelenggarakan Kesehatan lingkungan.
(2) Penyelenggaraan Kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara terus-menerus dan berkelanjutan.
(3) Dalam menyelenggarakan Kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pengelola, penyelenggara, atau penanggung jawab lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta

tempat dan fasilitas umum mendayagunakan Tenaga Kesehatan lingkungan atau pihak lain yang berkompeten, memenuhi kualifikasi, dan/ atau terakreditasi.

(4) Setiap pengelola, penyelenggara, atau penanggung jawab lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana dimaksud PDA ayat (1) dikenai sanksi administratif.

(5) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berupa:
   a. teguran lisan;
   b. teguran tertulis;
   c. penghentian sementara kegiatan atau usaha; dan/atau
   d. pencabutan atau rekomendasi pencabutan izin yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah.

(6) Pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 84

Kesehatan Lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 81 sampai dengan Pasal 83 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga Belas
Kesehatan Matra

Pasal 85

(1) Kesehatan matra sebagai bentuk khusus Upaya Kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya dalam lingkungan matra yang serba berubah di lingkungan darat, laut, dan udara.

(2) Lingkungan matra yang serba berubah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kondisi lingkungan yang berubah secara bermakna dan berpengaruh terhadap Kesehatan individu baik dari aspek fisik, biologi, kimia, psikis, maupun sosial.

(3) Untuk dapat mengadaptasi lingkungan matra diperlukan peralatan khusus.

(4) Pengawakan peralatan khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dilakukan setelah melalui pendidikan dan pelatihan teknis maupun manajerial.

(5) Kesehatan matra di Daerah dilaksanakan pada Kesehatan matra darat.

Pasal 86

(1) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab:
   a. menetapkan kebijakan dan strategi;
   b. menyediakan sumber daya; dan
   c. melakukan penelitian dan pengembangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi sumber daya manusia termasuk pendidikan dan pelatihan, Fasilitas

Pelayanan Kesehatan, teknologi, sarana dan prasarana, Perbekalan Kesehatan, dan pendanaan.

Pasal 87

Kesehatan Matra sebagaimana dimaksud dalam Pasal 85 sampai dengan Pasal 86 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat Belas
Pelayanan Kesehatan pada Bencana

Pasal 88

Pelayanan Kesehatan pada bencana merupakan serangkaian kegiatan pelayanan yang direncanakan dan dipersiapkan saat prabencana serta dilaksanakan pada saat bencana dan pascabencana untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat.

Pasal 89

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas, dan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan pada bencana secara menyeluruh dan berkesinambungan.

Pasal 90

(1) Pelayanan Kesehatan pada bencana diselenggarakan untuk menjamin sistem Kesehatan yang tangguh untuk menghadapi ancaman bencana dalam rangka mengurangi risiko dan dampak Kesehatan pada masyarakat.
(2) Pelayanan Kesehatan pada bencana dilakukan melalui serangkaian kegiatan:
    a. perencanaan Kesehatan prabencana;
    b. Pelayanan Kesehatan saat bencana; dan
    c. PelayananKesehatanpascabencana.

Pasal 91

Pelayanan Kesehatan pada Bencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 88 sampai dengan Pasal 90 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima Belas
Pelayanan Darah

Pasal 92

(1) Pelayanan darah merupakan Upaya Kesehatan yang memanfaatkan darah manusia sebagai bahan dasar dengan tujuan kemanusiaan, penyembuhan penyakit dan pemulihan Kesehatan, serta tidak untuk tujuan komersial.
(2) Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dari donor darah sukarela yang sehat, memenuhi kriteria seleksi sebagai donor, dan atas persetujuan donor.
(3) Pengaturan pelayanan darah bertujuan untuk:
    a. menyediakan pelayanan darah dan darah yang aman dan bermutu; dan

b. memudahkan akses memperoleh darah dan informasi tentang ketersediaan darah.

Pasal 93

Pemerintah Daerah menjamin pembiayaan dalam penyelenggaraan pelayanan darah sesuai kewenangannya.

Pasal 94

(1) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan darah yang aman, mudah diakses, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
(2) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab atas ketersediaan darah yang dibutuhkan oleh masyarakat untuk pelayanan darah.
(3) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap pelayanan darah di Daerah.

Pasal 95

Masyarakat berperan aktif sebagai donor darah dalam upaya pemenuhan ketersediaan darah.

Pasal 96

Pelayanan darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 92 sampai dengan Pasal 95 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keenam Belas
Transplantasi Organ dan/atau Jaringan Tubuh

Pasal 97

(1) Transplantasi organ hanya dapat diselenggarakan dengan pertimbangan yang dapat dipertanggungjawabkan dan dilaksanakan di Rumah sakit setelah memiliki penzinan berusaha sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(2) Transplantasi Organ dan/atau Jaringan Tubuh sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Bagian Ketujuh Belas
Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca

Pasal 98

(1) Terapi berbasis sel dan/atau sel punca dapat dilakukan apabila terbukti keamanan dan kemanfaatannya serta memenuhi standar mutu.
(2) Terapi berbasis sel punca dan/atau sel hanya dapat dilakukan untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
(3) Terapi berbasis sel dan/atau sel punca sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang untuk reproduksi.
(4) Sel punca sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak boleh berasal dari sel punca embrionik.

Pasal 99

Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedelapan Belas
Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika

Pasal 100

Pengaturan bedah plastik rekonstruksi dan estetika bertujuan untuk:

a. meningkatkan upaya penyembuhan penyakit, memulihkan kesehatan, memperbaiki fungsi atau penampilan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien;
b. menjamin pemeliharaan mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah plastik rekonstruksi dan estetika; dan
c. mencegah kegiatan penyalahgunaan tindakan bedah plastik rekonstruksi dan estetika oleh pihak yang tidak berwenang dan tidak kompeten, serta untuk tujuan non medis.

Pasal 101

(1) Bedah plastik rekonstmksi dan estetika hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Medis yang mempunyai keahlian dan kewenangan.
(2) Bedah plastik rekonstruksi dan estetika tidak boleh bertentangan dengan norma yang berlaku dalam masyarakat dan tidak ditujukan untuk mengubah identitas.
(3) Pelayanan bedah plastik rekonstruksi dan estetika dapat diselenggarakan oleh Fasilitas pelayanan Kesehatan berupa:
    a. Rumah Sakit; atau
    b. klinik utama,

    setelah memenuhi persyaratan.

Pasal 102

Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 sampai dengan Pasal 101 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesembilan Belas
Pengamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, PKRT, dan Makanan/Minuman

Pasal 103

Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT harus aman, berkhasiat/bermanfaat, bermutu, dan terjangkau serta memenuhi ketentuan jaminan produk halal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 104

Pengamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT diselenggarakan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan

Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat/kemanfaatan, dan mutu.

Pasal 105

Pengamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT diselenggarakan dengan memenuhi standar dan/atau persyaratan untuk menjamin keamanan, khasiat/kemanfaatan, dan mutu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 106

Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT hanya dapat diedarkan setelah memperoleh perizinan berusaha berupa izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 107

(1) Setiap industri rumah tangga pangan wajib memiliki sertifikat produksi pangan industri rumah tangga.
(2) Sertifikat produksi pangan industri rumah tangga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuktikan dengan:
    a. sertifikat penyuluhan keamanan pangan; dan
    b. hasil rekomendasi pemeriksaan sarana produksi industri rumah tangga pangan.
(3) Ketentuan mengenai tata cara penerbitan sertifikat produksi pangan industri rumah tangga dan sertifikat penyuluhan keamanan pangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Bupati.
(4) Pelanggaran atas ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
    a. teguran lisan;
    b. peringatan secara tertulis;
    c. penghentian sementara kegiatan;
    d. pencabutan izin; dan/atau
    e. denda administratif.
(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penerapan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dalam Peraturan Bupati.

Bagian Kedua Puluh
Pengamanan Zat Adiktif

Pasal 108

(1) Produksi, peredaran, dan penggunaan zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan Kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.
(2) Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan produk yang mengandung tembakau atau tidak mengandung tembakau, baik yang berupa rokok atau bentuk lain yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat dan dapat berbentuk padat, cairan, dan gas.

(3) Produk tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan setiap produk yang seluruhnya atau sebagian terbuat dari daun tembakau sebagai bahan bakunya yang diolah untuk digunakan dengan cara dibakar, dipanaskan, diuapkan, dihisap, dihirup, dikunyah, atau dengan cara konsumsi apa pun.
(4) Produk tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi:
    a. rokok;
    b. cerutu;
    c. rokok daun;
    d. tembakau iris;
    e. tembakau padat dan cair; dan
    f. hasil pengolahan tembakau lainnya.
(5) Termasuk produk yang tidak mengandung tembakau sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
    a. Rokok elektronik merupakan hasil tembakau berbentuk cair, padat, atau bentuk lainnya yang berasal dari pengolahan daun tembakau yang dibuat dengan cara ekstraksi atau cara lain sesuai dengan perkembangan teknologi dan selera konsumen tanpa mengindahkan bahan pengganti atau bahan pembantu dalam pembuatannya yang disediakan untuk konsumen akhir dalam kemasan penjualan eceran yang dikonsumsi dengan cara dipanaskan menggunakan alat pemanas elektronik kemudian dihisap; dan
    b. selain rokok elektronik sebagaimana dimaksud pada huruf a, rokok elektronik yang mengandung nikotin dan/atau bahan lain berbentuk cair, padat, atau bentuk lainnya, dan/atau hasil olahannya termasuk pembuatan sintetis yang jenis dan sifatnya sama atau serupa yang dikonsumsi dengan cara dipanaskan menggunakan alat pemanas elektronik kemudian dihisap.

Pasal 109

Penyelenggaraan pengamanan zat adiktif berupa produk tembakau dan rokok elektronik bertujuan untuk:
a. menurunkan prevalensi perokok dan mencegah perokok pemula;
b. menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat dampak merokok;
c. meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya merokok dan manfaat hidup tanpa merokok;
d. melindungi Kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan dari bahaya konsumsi dan/atau paparan zat adlktif berupa produk tembakau dan rokok elektronik yang dapat menyebabkan dampak buruk Kesehatan, ekonomi, dan lingkungan; dan
e. mendorong dan menggerakkan masyarakat untuk aktif terlibat dalam upaya pengendalian produk tembakau dan rokok elektronik.

Pasal 110

(1) Pemerintah Daerah menetapkan dan mengimplementasikan kawasan tanpa rokok di wilayah Daerah dengan Peraturan Daerah.
(2) Kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
    a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
    b. tempat proses belajar mengajar;

c. tempat anak bermain;
d. tempat ibadah;
e. angkutan umum;
f. tempat kerja; dan
g. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

(3) Pengelola, penyelenggara, atau penanggung jawab tempat kerja, tempat umum, dan tempat lainnya yang ditetapkan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf f dan huruf g wajib menyediakan tempat khusus untuk merokok.

(4) Kewajiban menyediakan tempat khusus untuk merokok pada tempat kerja, tempat umum, dan tempat lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dikecualikan pada tempat yang berpotensi menimbulkan bahaya Kesehatan dan keselamatan kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(5) Tempat khusus untuk merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan ruang terbuka, terpisah dari bangunan utama, jauh dari lalu lalang orang, dan jauh dari pintu keluar masuk.

Pasal 111

(1) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab menyediakan layanan konseling dan intervensi farmakologi berhenti merokok di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

(2) Layanan konseling dan intervensi farmakologi berhenti merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang memiliki keahlian.

(3) Layanan konseling dan intervensi farmakologi berhenti merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat menggunakan layanan Telekesehatan dan Telemedisin.

Pasal 112

Pemerintah Daerah bertanggung jawab:

a. mengatur dan menyelenggarakan pengamanan produk tembakau dan rokok elektronik, pada level daerah dengan mengacu pada kebijakan Pemerintah Pusat serta sesuai dengan kondisi dan kebutuhan Daerah;
b. menyediakan akses terhadap informasi dan edukasi mengenai pengamanan produk tembakau dan rokok elektronik di wilayah Daerah;
c. menyediakan layanan konseling dan intervensi farmakologi berhenti merokok di wilayah Daerah;
d. melakukan kegiatan penelitian dan pengembangan;
e. melakukan upaya pengembangan dalam rangka diversifikasi produk tembakau yang penggunaannya akan membawa manfaat bagi kesehatan dan melindungi kelestarian tanaman tembakau;
f. melakukan advokasi dan kerja sama lintas program/sektor dan masyarakat di wilayah Daerah;
g. mendorong partisipasi dan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat untuk pengendalian konsumsi produk tembakau dan rokok elektronik di wilayah Daerah; dan
h. melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan implementasi kawasan tanpa rokok dan pelarangan iklan, promosi, dan sponsor produk tembakau dan rokok elektronik.

Pasal 113

(1) Dalam penyelenggaraan pengamanan produk tembakau dan rokok elektronik masyarakat dapat berperan:
   a. memberikan edukasi bahaya mengonsumsi produk tembakau dan rokok elektronik bagi Kesehatan;
   b. melakukan upaya layanan konseling berhenti merokok;
   c. melakukan gerakan tidak merokok di dalam rumah;
   d. tidak menjual produk tembakau dalam bentuk satuan perbatang;
   e. tidak menjual kepada setiap orang di bawah usia 21 (dua puluh satu) tahun dan perempuan hamil;
   f. melaporkan pelanggaran kawasan tanpa rokok kepada pejabat Pemerintah Daerah setempat yang berwenang dalam pelaksanaan kawasan tanpa rokok; dan
   g. tidak menyediakan produk tembakau dan rokok elektronik pada kegiatan sosial, pendidikan, olahraga, musik, kepemudaan, dan kebudayaan yang melibatkan masyarakat umum.
(2) Peran masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan oleh perseorangan, kelompok, badan hukum, badan usaha, dan lembagaf organisasi.

Pasal 114

Pengamanan Zat Adiktif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108 sampai dengan Pasal 113 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Puluh Satu
Pelayanan Kedokteran untuk Kepentingan Hukum

Pasal 115

Setiap Orang berhak mendapatkan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum.

Pasal 116

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum.

Pasal 117

(1) Penyelenggaraan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum ditujukan untuk memperoleh fakta dan temuan yang dapat digunakan sebagai dasar dalam memberikan keterangan ahli.
(2) Pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum terdiri atas:
   a. pelayanan kedokteran terhadap orang hidup; dan
   b. pelayanan kedokteran terhadap orang mati.

Pasal 118

Pelayanan Kedokteran untuk Kepentingan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 sampai dengan Pasal 117 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Puluh Dua
Pelayanan Kesehatan Tradisional

Pasal 119

(1) Pelayanan Kesehatan tradisional merupakan Pelayanan Kesehatan yang dilakukan berdasarkan pada pengetahuan, keahlian, dan/atau nilai yang bersumber dari kearifan lokal.
(2) Pelayanan Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatlf dan/atau paliatif.

Pasal 120

(1) Pelayanan kesehatan tradisional dilakukan dengan menggunakan:
    a. keterampilan; dan latau
    b. ramuan.
(2) Metode dalam Pelayanan Kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dapat berupa:
    a. teknik manual;
    b. terapi olah pikir; dan
    c. terapi energi.
(3) Pelayanan Kesehatan tradisional yang menggunakan ramuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b berasal dari tumbuhan, hewan, mineral, dan/atau bahan lain dari sumber daya alam dan harus berupa ramuan racikan sendiri atau produk Obat Bahan Alam.

Pasal 121

(1) Pelayanan Kesehatan tradisional diselenggarakan secara terintegrasi dengan Pelayanan Kesehatan konvensional.
(2) Integrasi Pelayanan Kesehatan tradisional dengan Pelayanan Kesehatan konvensional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibangun melalui:
    a. pemetaan penggunaan Pelayanan Kesehatan tradisional termasuk keuntungan dan risikonya;
    b. promosi peran dan potensi Pelayanan Kesehatan tradisional;
    c. penetapan kebijakan sumber daya manusia dan pembiayaan Pelayanan Kesehatan tradisional;
    d. penetapan kebijakan tentang produk, praktik, dan praktisi pemberi Pelayanan Kesehatan tradisional; dan
    e. penetapan alur kerja sama dan rujukan antara Pelayanan Kesehatan tradisional dengan Pelayanan Kesehatan konvensional dalam sistem Pelayanan Kesehatan.

Pasal 122

(1) Pelayanan Kesehatan tradisional dapat dilakukan di:
    a. tempat praktik mandiri;
    b. Puskesmas;
    c. Rumah Sakit;
    d. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tradisional; dan
    e. Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

(2) Pelayanan Kesehatan tradisional diberikan oleh Tenaga Kesehatan tradisional.
(3) Tenaga Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan orang yang melakukan Pelayanan Kesehatan tradisional yang pengetahuan dan keterampilannya diperoleh melalui pendidikan formal.
(4) Selain Tenaga Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pelayanan Kesehatan tradisional juga dapat diberikan oleh penyehat tradisional dan tenaga lain yang memiliki kompetensi di bidang pelayanan Kesehatan tradisional.
(5) Penyehat tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (4) merupakan orang yang melakukan Pelayanan Kesehatan tradisional yang pengetahuan dan keterampilannya diperoleh melalui pengalaman turun temurun atau pendidikan nonformal.
(6) Penyehat tradisional yang memberikan Pelayanan Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (5) harus memiliki bukti pencatatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pasal 123

lzin praktik Pelayanan Kesehatan tradisional diterbitkan oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Pasal 124

(1) Tenaga Kesehatan tradisional, penyehat tradisional, dan tenaga lain yang melakukan Pelayanan Kesehatan tradisional wajib:
   a. menggunakan alat dan teknologi yang aman bagi Kesehatan sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan;
   b. mengikuti alur kerja sama dan rujukan dengan Pelayanan Kesehatan konvensional di dalam sistem Kesehatan nasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
   c. memberikan pelayanan sesuai kompetensi dan kewenangannya.
(2) Tenaga Kesehatan tradisional, penyehat tradisional, dan tenaga lain yang memberikan Pelayanan Kesehatan tradisional dilarang melakukan publikasi dan iklan yang tidak sesuai dengan bukti ilmiah.
(3) Setiap penyehat tradisional yang melakukan Pelayanan Kesehatan tradisional dilarang memberikan dan/atau menggunakan Obat dan Bahan Obat serta bahan berbahaya, radiasi, invasif, dan menggunakan Alat Kesehatan / penunjang diagnostik kedokteran, tumbuhan, hewan, dan mineral yang dilarang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 125

(1) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya mengatur dan mengawasi Pelayanan Kesehatan tradisional dengan didasarkan pada keamanan, manfaat, dan kualitas pelayanan dalam rangka pelindungan masyarakat.
(2) Dalam mengawasi Pelayanan Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah sesuai dengan

kewenangannya mengenakan sanksi administratif kepada Tenaga Kesehatan tradisonal, penyehat tradisional, atau tenaga lain yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan Pasal 124 ayat (1) sampai dengan ayat (3).

(3) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa:
   a. teguran lisan;
   b. teguran tertulis; dan/atau
   c. pencabutan izin.

(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Bupati.

Pasal 126

Pelayanan Kedokteran untuk Kepentingan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 119 sampai dengan Pasal 125 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Puluh Tiga
Standar Pelayanan Kesehatan

Pasal 127

(1) Setiap penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang dilakukan melalui Pelayanan Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan.

(2) Standar Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pedoman bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan.

(3) Standar Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Menteri Kesehatan berupa:
   a. standar Pelayanan Kesehatan nasional; dan
   b. pedoman nasional pelayanan klinis.

(4) Standar Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertujuan untuk:
   a. memberikan acuan bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan;
   b. menjamin mutu Pelayanan Kesehatan; dan
   c. memberikan pelindungan dan kepastian hukum bagi Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Pasien dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan.

Pasal 128

(1) Dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyusun standar prosedur operasional dengan mengacu pada standar Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127.

(2) Standar prosedur operasional di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat:
   a. panduan praktik klinis; dan
   b. prosedur pemeriksaan atau tindakan.

(3) Dalam hal belum tersedianya standar Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), penyusunan standar prosedur operasional di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat mengacu kepada standar profesi, bukti terbaru, atau referensi lainnya dengan mempertimbangkan sumber daya yang ada.

Pasal 129

(1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan.
(2) Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menyelenggarakan praktik wajib memberikan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan.
(3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Tenaga Medis, dan Tenaga Kesehatan yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dikenai sanksi administratif oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berupa:
    a. teguran lisan;
    b. teguran tertulis;
    c. denda administratif;
    d. pencabutan SIP; dan/atau
    e. pencabutan perizinan berusaha yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Bupati.

Pasal 130

Standar Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 127 sampai dengan Pasal 129 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Puluh Empat
Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan

Pasal 131

Upaya Kesehatan dalam bentuk pelayanan diselenggarakan melalui:
a. Pelayanan Kesehatan primer; dan
b. Pelayanan Kesehatan lanjutan.

Pasal 132

(1) Pelayanan Kesehatan primer sebagaimana dimaksud dalam Pasal 131 hurf a merupakan Pelayanan Kesehatan yang terdekat dengan masyarakat sebagai kontak pertama Pelayanan Kesehatan.
(2) Pelayanan Kesehatan Primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan secara terintegrasi dengan tujuan:
    a. pemenuhan kebutuhan Kesehatan dalam setiap fase kehidupan;

b. perbaikan determinan Kesehatan atau faktor yang mempengaruhi Kesehatan yang terdiri atas determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan; dan
c. penguatan Kesehatan perseorangan, keluarga, dan masyarakat.

Pasal 133

(1) Pelayanan Kesehatan lanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 131 huruf b merupakan pelayanan spesialis dan/atau subspesialis yang mengedepankan pelayanan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif tanpa mengabaikan promotif dan preventif.
(2) Pelayanan Kesehatan lanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut.

Pasal 134

Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 sampai dengan Pasal 133 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Puluh Lima
Pelayanan Kesehatan dengan Pemanfaatan
Teknologi Informasi dan Komunikasi

Pasal 135

(1) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan dapat memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi dengan tujuan memperluas akses dan meningkatkan mutu Pelayanan Kesehatan.
(2) Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan melalui:
   a. Telekesehatan; dan
   b. Telemedisin.
(3) Telekesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) haruf a merupakan Upaya Kesehatan dalam bentuk Pelayanan Kesehatan yang memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi jarak jauh dengan pemberian pelayanan:
   a. klinis berupa konsultasi klinis dan konsultasi hasil pemeriksaan penunjang; dan
   b. nonklinis berupa promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif serta sistem informasi dan administrasi Kesehatan.
(4) Telemedisin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi layanan:
   a. antar-Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
   b. antara Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan masyarakat.
(5) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan melalui teknologi informasi dan komunikasi wajib menjalankan standar keamanan data dan sistem elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Pasal 136

Pelayanan Kesehatan dengan Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 135 sampai dengan Pasal 135 diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keduapuluh Enam
Upaya Kesehatan lainnya

Pasal 137

Upaya Kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal ayat (1) huruf x ditetapkan oleh Menteri Kesehatan sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan pembangunan bidang Kesehatan.

BAB IV
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu
Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 138

(1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan berupa:
    a. Pelayanan Kesehatan perseorangan; dan/atau
    b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat.
(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi:
    a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama;
    b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut; dan
    c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang.
(3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memberikan Pelayanan Kesehatan kepada Masyarakat sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan.
(4) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Masyarakat.
(5) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memenuhi perizinan berusaha sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(6) Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dikenakan sanksi administratif sesuai kewenangan Pemerintah Daerah, berupa:
    a. teguran lisan;
    b. peringatan secara tertulis;
    c. penghentian sementara kegiatan;
    d. pencabutan izin; dan/atau
    e. denda administratif.
(7) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penerapan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur dalam Peraturan Bupati.

Pasal 139

(1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 ayat (2) huruf a menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan primer.
(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 a. Puskesmas;
 b. klinik pratama; dan
 c. praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan.
(3) Selain Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdapat Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta kebutuhan Pelayanan Kesehatan yang lebih lanjut ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
(4) Dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan integrasi pelayanan antar-Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
(5) Integrasi pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dikoordinasikan oleh Puskesmas sebagai penanggung jawab wilayah.
(6) Integrasi pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditujukan untuk mendukung pelaksanaan program pemerintah, terutama Pelayanan Kesehatan dalam bentuk promotif dan preventif.
(7) Integrasi pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan melalui:
 a. pemanfaatan sumber daya;
 b. penanganan kasus;
 c. pelaporan kasus; dan
 d. bentuk lain menyesuaikan dengan program yang diselenggarakan.

Pasal 140

(1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 ayat (2) huruf b menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan lanjutan yang meliputi pelayanan spesialistik dan/atau pelayanan subspesialistik.
(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 a. Rumah Sakit;
 b. klinik utama;
 c. balai Kesehatan; dan
 d. praktik mandiri Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan.
(3) Selain Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdapat menetapkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan Pelayanan Kesehatan yang lebih lanjut ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Pasal 141

(1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 ayat (2) huruf c menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang menunjang Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan lanjutan.
(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berdiri sendiri atau dapat bergabung dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut.
(3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
   a. apotek;
   b. unit pengelola darah;
   c. laboratorium Kesehatan;
   d. laboratorium pengolahan sel punca dan/atau sel;
   e. bank materi biologi;
   f. optik;
   g. institusi pengamanan alat dan fasilitas Kesehatan; dan
   h. Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Pasal 142

(1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 berdasarkan bentuknya terdiri atas:
   a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan statis; dan
   b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan bergerak.
(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan statis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang didirikan di suatu lokasi dan bersifat permanen yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan/atau Gawat Darurat.
(3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan bergerak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan yang dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain dalam jangka waktu tertentu.
(4) Penyelenggaraan Fasilitas Pelayanan Kesehatan bergerak sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Penentuan Jumlah dan Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 143

(1) Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya bertanggung jawab atas ketersediaan dan akses Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya.
(2) Pemerintah Daerah menyusun perencanaan kebutuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayahnya. Perencanaan kebutuhan Fasilitas

Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan mengacu pada rencana induk bidang Kesehatan dan mempertimbangkan unsur:

a. kebutuhan pelayanan;
b. jumlah dan persebaran penduduk; dan/atau
c. pola penyakit.

(3) Perencanaan kebutuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Penyelenggaraan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 144

Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memiliki sistem tata kelola manajemen dan tata kelola Pelayanan Kesehatan atau klinis yang baik.

Pasal 145

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memiliki STR dan SIP.

Pasal 146

(1) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menginformasikan daftar nama, nomor STR dan SIP, serta jadwal praktik Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang melakukan praktik.
(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
    a. teguran lisan;
    b. peringatan tertulis;
    c. denda administratif; dan/atau
    d. pencabutan perizinan berusaha.
(3) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya.
(4) Tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 147

(1) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melaksanakan sistem rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
    a. teguran lisan;

b. peringatan tertulis;
c. denda administratif; dan/atau
d. pencabutan perizinan berusaha.

(3) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya.

(4) Tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Pasal 148

Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat dimanfaatkan sebagai tempat atau wahana pendidikan bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, serta tempat penelitian dan pengembangan di bidang Kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V
PENYELENGGARAAN SISTEM PENANGGULANGAN
GAWAT DARURAT TERPADU

Pasal 149

(1) Pemerintah Daerah menyelenggarakan SPGDT.

(2) Dalam rangka penyelenggaraan SPGDT, Pemerintah Daerah membentuk PSC secara cepat, tepat dan cermat bagi Masyarakat.

(3) PSC sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempunyai fungsi sebagai:
a. pemberi pelayanan Korban/Pasien gawat darurat dan/atau pelapor melalui proses triase (pemilahan kondisi Korban/Pasien gawat darurat);
b. pemanduan pertolongan pertama (first aid);
c. pengevakuasi Korban/Pasien gawat darurat; dan
b. pengoordinasian dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

(1) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), PSC memiliki tugas:
a. menerima terusan *(dispatch)* panggilan kegawatdaruratan dari Pusat Komando Nasional *(National Command Center)*;
b. melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritme kegawatdaruratan;
c. memberikan layanan ambulans; dan
d. memberikan informasi tentang fasilitas Pelayanan Kesehatan.

(2) PSC sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.

(3) PSC sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat berkoordinasi dengan instansi/Perangkat Daerah teknis lainnya yang terkait.

(4) PSC sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan bagian utama dari rangkaian kegiatan SPGDT prafasilitas Pelayanan Kesehatan yang berfungsi melakukan pelayanan kegawatdaruratan dengan

menggunakan algoritme kegawatdaruratan yang ada dalam sistem aplikasi call center 119.

(5) Masyarakat yang mengetahui dan mengalami kegawat daruratan medis dapat melaporkan dan/atau meminta bantuan melalui call center 119.

(6) Pertolongan terhadap korban/pasien gawat darurat prafasilitas Pelayanan Kesehatan dapat diberikan oleh Masyarakat terlatih secara mandiri dan/atau dengan panduan operator call center 119 sebelum tenaga Kesehatan tiba ditempat kejadian.

(7) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan PSC diatur dalam Peraturan Bupati.

BAB VI
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Pasal 150

(1) Sumber Daya Manusia Kesehatan terdiri atas:
   a. Tenaga Medis;
   b. Tenaga Kesehatan; dan
   c. tenaga pendukung atau penunjang kesehatan.

(2) Tenaga Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dikelompokkan ke dalam:
   a. dokter yang terdiri atas: dokter, dokter spesialis, dan dokter subspesialis; dan
   b. dokter gigi yang terdiri atas dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter gigi subspesialis.

(3) Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dikelompokkan ke dalam:
   a. tenaga psikologi klinis;
   b. tenaga keperawatan;
   c. tenaga kebidanan;
   d. tenaga kefarmasian;
   e. tenaga kesehatan masyarakat;
   f. tenaga kesehatan lingkungan;
   g. lenaga gtrzi;
   h. tenaga keterapian fisik;
   i. tenega keteknisian medis;
   j. tenaga teknik biomedika;
   k. tenaga kesehatan tradisional; dan
   l. Tenaga Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

(4) Tenaga pendukung atau penunjang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bekerja pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau institusi lain di bidang Kesehatan.

(5) Ketentuan lebih lanjut mengenai Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga pendukung atau penunjang Kesehatan diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 151

(1) Pemerintah Daerah melaksanakan pengelolaan Upaya pengembangan dan pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang meliputi:
   a. perencanaan;
   b. pengadaan;
   c. pendayagunaan;
   d. penguatan; dan
   e. pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia Kesehatan.
(2) Pengelolaan sumber daya manusia Kesehatan dilaksanakan dalam rangka mendukung terselenggaranya SKD.
(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai sumber daya manusia Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VII
MANAJEMEN INFORMASI DAN REGULASI KESEHATAN

Pasal 152

Penyelenggaraan manajemen informasi dan regulasi Kesehatan dilakukan melalui:
a. kebijakan Kesehatan;
b. administrasi Kesehatan;
c. regulasi Kesehatan; dan
d. pengelolaan data dan informasi Kesehatan.

Pasal 153

(1) Penyelenggaraan kebijakan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152huruf a dilakukan dengan memperhatikan kebijakan pembangunan Kesehatan dalam:
   a. rencana pembangunan jangka panjang di Tingkat Daerah;
   b. rencana pembangunan jangka menengah di Tingkat Daerah; dan
   c. SKD sebagaimana diatur dalam Peraturan Daerah ini.
(2) Pelaksanaan kebijakan pembangunan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menyusun skala prioritas perencanaan program pembangunan Kesehatan berbasis data.

Pasal 154

(1) Penyelenggaraan administrasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 huruf b meliputi:
   a. perencanaan;
   b. pengaturan dan pembinaan; dan
   c. pengawasan dan pertanggungjawaban
(2) Penyelenggaraan administrasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan:

a. berdaya guna dan berhasil guna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan Pembangunan nasional dengan memperhatikan kebijakan dan prioritas pembangunan Kesehatan; dan
b. berorientasi pada kepentingan Masyarakat, memanfaatkan teknologi informasi, didukung sumber daya manusia yang kompeten, dan pembiayaan yang mencukupi untuk Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan dan Perangkat Daerah terkait.

Pasal 155

(1) Penyelenggaraan regulasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 huruf c meliputi:
a. penyusunan peraturan perundang-undangan;
b. dokumentasi dan informasi hukum; dan
c. sinkronisasi dan harmonisasi peraturan perundang undangan.
(2) Penyelenggaraan perizinan dan non perizinan Kesehatan dilaksanakan dengan prinsip kecepatan, kemudahan dan keterjangkauan serta memperhatikan pemenuhan standar.
(3) Penyelenggaraan regulasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal.

Pasal 156

(1) Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan bertanggung jawab terhadap pengelolaan data dan informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 152 huruf d.
(2) Data dan informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dari fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah Daerah yang disampaikan secara berjenjang berdasarkan kewilayahannya.
(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengelolaan data dan informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Bupati.

BAB VIII
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Pasal 157

(1) Penelitian dan pengembangan Kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi Kesehatan.
(2) Pelaksanaan kegiatan sebagaimana di maksud pada ayat (1) ditujukan untuk menghasilkan informasi Kesehatan, teknologi, produk teknologi, dan teknologi informasi Kesehatan untuk mendukung Pembangunan Kesehatan guna meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat yang setingi-tingginya.

(3) Penelitian dan pengembangan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
   a. biomedis dan teknologi dasar Kesehatan;
   b. teknologi tepat guna, teknologi terapan Kesehatan, dan epidemiologi klinik;
   c. teknologi intervensi Kesehatan Masyarakat;
   d. humaniora, kebijakan Kesehatan, dan pemberdayaan Masyarakat.

Pasal 158

(1) Pemerintah Daerah menetapkan kebijakan bidang penelitian pengembangan Kesehatan yang meliputi:
   a. penelitian, pengembangan, penapisan teknologi dan produk teknologi Kesehatan;
   b. ketersediaan tenaga penelitian dan anggaran penelitian; dan/atau
   c. perizinan dan pengawasan terhadap penelitian Kesehatan.
(2) Dalam melaksanakan kebijakan di bidang penelitian dan pengembangan Kesehatan, Pemerintah Daerah dapat berkoordinasi dan/atau bekerjasama dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan, Perguruan Tinggi dan/atau Lembaga penelitian lain.
(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Pasal 159

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya memberikan:
a. kemudahan perizinan;
b. dukungan sumber daya; dan
c. hilirisasi,
terhadap penelitian, pengembangan, dan pengkajian Teknologi Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IX
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA

Pasal 160

(1) Dalam penyelenggaranan SKD, Pemerintah Daerah dapat mengikutsertakan Masyarakat melalui Pemberdayaan Masyarakat dan Desa.
(2) Pemberdayaan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara individu, kelompok atau kelembagaan melalui:
   a. penyampaian masalah Kesehatan, masukan dan/atau cara pemecahan masalah terkait pengelolaan SKD;
   b. penggerakan pemberdayaan Masyarakat;
   c. penerapan perilaku hidup bersih dan sehat; dan

d. peningkatan pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal.

(3) Pemberdayaan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat.

Pasal 161

(1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas pelaksanaan pemberdayaan Masyarakat.

(2) Bentuk pelaksanaan pemberdayaan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
   a. peningkatan pengetahuan dan kemampuan Masyarakat dalam mengenali dan mengatasi permasalahan Kesehatan yang dihadapi;
   b. penggerakan Masyarakat;
   c. pengorganisasian dalam pemberdayaan;
   d. advokasi;
   e. kemitraan;
   f. peningkatan sumber daya; dan
   g. peningkatan program, kegiatan, dan/atau kelembagaan pemberdayaan Masyarakat yang sudah ada sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan Masyarakat.

(3) Kegiatan pemberdayaan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif.

(4) Dalam penyelenggaraan pemberdayaan Masyarakat Pemerintah Daerah bertanggung jawab:
   a. menetapkan dan melaksanakan kebijakan peraturan, pedoman dan petunjuk teknis terkait Pemberdayaan Masyarakat;
   b. membentuk dan/atau mengaktifkan wadah koordinasi Pemberdayaan Masyarakat Tingkat daerah dengan lintas sektor dan pemangku kepentingan lain yang terkait secara terintegrasi;
   c. mengembangkan Sistem Informasi Terintegrasi terkait Pemberdayaan Masyarakat;
   d. melakukan pembinaan dan pendampingan pemberdayaan Masyarakat tingkat kecamatan, desa/kelurahan dan Puskesmas;
   e. menyelenggarakan peningkatan kapasitas bagi penyelenggara pemberdayaan Masyarakat di tingkat kecamatan dan desa/kelurahan; dan
   f. melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan pemberdayaan Masyarakat di tingkat Daerah secara berkala.

(5) Selain Pemerintah Daerah, Puskesmas juga bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pemberdayaan Masyarakat, antara lain:
   a. melaksanakan advokasi dan sosialisasi kepada Masyarakat pemangku kepentingan dan mitra terkait untuk mendukung pelaksanaan pemberdayaan Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas;

b. melakukan pendampingan dan pembinaan teknis dalam tahapan penyelenggaraan pemberdayaan Masyarakat;
c. melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan pemangku kepentingan di wilayah kerja puskesmas dalam pelaksanaan pemberdayaan Masyarakat;
d. membangun kemitraan dengan organisasi kemasyarakatan dan swasta di wilayah kerja puskesmas dalam pelaksanaan pemberdayaan Masyarakat;
e. mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi Kesehatan terkait pemberdayaan Masyarakat dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal;
f. melakukan peningkatan kapasitas tenaga pendamping pemberdayaan Masyarakat dan kader;
g. melakukan dan memfasilitasi edukasi Kesehatan kepada Masyarakat;
h. menggerakan Masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan pemberdayaan Masyarakat;
i. melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan pemberdayaan Masyarakat di tingkat kecamatan dan daerah secara berkala; dan
j. melakukan pemantuan dan evaluasi pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat di wilayah kerja puskesmas secara berkala.

(6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pemberdayaan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Bupati.

BAB X
PENGEMBANGAN INOVASI DAERAH

Pasal 162

(1) Pengembangan inovasi daerah bertujuan untuk meningkatkan kinerja penyelenggaraan Kesehatan daerah.
(2) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pengembangan inovasi daerah dilaksanakan melalui kegiatan:
a. peningkatan pelayanan publik;
b. pemberdayaan dan peran serta Masyarakat; dan
c. peningkatan daya saing daerah.
(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengembangan inovasi daerah, dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XI
TATA KELOLA YANG BAIK

Pasal 163

(1) Arah perencanaan Kesehatan Daerah menyesuaikan dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah.
(2) Arah perencanaan Kesehatan Daerah diutamakan untuk:
    a. mengembangkan fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mendukung industri pariwisata;
    b. memperkuat fasilitas pelayanan Kesehatan masyarakat Tingkat pertama di pedesaan;
    c. mengantisipasi penggunaan bahan kimia dalam industri pertanian yang berdampak pada Kesehatan;
    d. menyesuaikan fasilitas pelayanan Kesehatan dengan standar yang diminta oleh kebijakan jaminan Kesehatan nasional; dan
    e. meningkatkan pemantauan dan pengendalian terhadap masuknya sediaan farmasi, perbekalan Kesehatan, dan Makanan.

Pasal 164

(1) Untuk menyelenggarakan pembangunan Kesehatan secara berhasilguna dan berdayaguna diperlukan Tata Kelola yang Baik.
(2) Penyelenggaraan Tata Kelola yang Baik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk menjamin terselenggaranya pembangunan Kesehatan guna meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat.
(3) Dalam mewujudkan Tata Kelola yang Baik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
    a. kebijakan Kesehatan;
    b. administrasi Kesehatan;
    c. regulasi Kesehatan;
    d. pengelolaan data dan informasi Kesehatan; dan
    e. advokasi Kesehatan.

Pasal 165

(1) Penyelenggaraan kebijakan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (3) huruf a dilakukan dengan memperhatikan kebijakan pembangunan Kesehatan pada:
    a. Rencana pembangunan jangka panjang di tingkat nasional, provinsi dan Daerah;
    b. Rencana pembangunan jangka menengah di tingkat nasional, provinsi dan Daerah; dan/atau
    c. Sistem Kesehatan Daerah Nasional dan Daerah Provinsi.
(2) Pelaksanaan kebijakan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menyusun skala prioritas perencanaan program pembangunan Kesehatan berbasis data melalui forum musyawarah dengan mengutamakan UKM.

Pasal 166

(1) Penyelenggaraan administrasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (3) huruf b meliputi:
    a. perencanaan;

b. pengaturan dan pembinaan; dan
c. pengawasan dan pertanggungjawaban.

(2) Penyelenggaraan administrasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara berdayaguna dan berhasilguna, terpadu berlandaskan pada arah kebijakan pembangunan nasional dengan memperhatikan kebijakan dan prioritas pembangunan Kesehatan.

(3) Penyelenggaraan administrasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berorientasi pada kepentingan masyarakat, memanfaatkan teknologi informasi didukung sumber daya manusia yang kompeten dan pembiayaan yang mencukupi.

(4) Penyelenggaraan administrasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara sinergi yang dinamis dengan menjunjung tinggi penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik.

Pasal 167

(1) Penyelenggaraan regulasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (3) huruf c meliputi:
a. penyusunan produk hukum Daerah;
b. dokumentasi dan informasi hukum;
c. sinkronisasi dan harmonisasi di tingkat provinsi dan Daerah;
d. pemberian pertimbangan dan bantuan hukum; dan
e. fasilitasi penegakan hukum.

(2) Penyelenggaraan regulasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan perkembangan dan perubahan lingkungan internal dan eksternal, termasuk regulasi Kesehatan internasional.

Pasal 168

(1) Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap pengelolaan data dan informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (3) huruf d.

(2) Data dan informasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dari fasilitas pelayanan Kesehatan yang disampaikan secara berjenjang berdasarkan kewilayahannya.

Pasal 169

(1) Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap advokasi Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (3) huruf e.

(2) Advokasi Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan upaya untuk mendapatkan dukungan kebijakan dari pihak yang mempunyai kewenangan.

Pasal 170

Ketentuan lebih lanjut mengenai Tata Kelola yang Baik diatur dalam Peraturan Bupati.

BAB XII

PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

Pasal 171

(4) Bupati berwenang melaksanakan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penyelenggaraan SKD.
(5) Pembinaan, pengawasan dan pengendalian atas penyelenggaraan SKD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan selaku penanggung jawab penyelenggaraan SKD.
(6) Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan atas segala tindakan Tenaga Kesehatan dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam pelayanan terhadap Masyarakat di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(7) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan, pengawasan dan pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Bupati.

BAB XIII
PENDANAAN KESEHATAN

Pasal 172

(3) Pendanaan diarahkan untuk tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan Masyarakat yang setinggi–tingginya.
(4) Pemerintah Daerah menyelenggarakan sub system pendanaan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui:
    a. penggalian dana;
    b. pengalokasian dana; dan
    c. pembelanjaan dana.
(5) Pendanaan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja Daerah.
(6) Selain pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), pendanaan Kesehatan dapat bersumber dari:
    a. anggaran pendapatan dan belanja desa; dan/atau
    b. sumber lain yang sah dan tidak mengikat
(7) Pengalokasian Dana sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dilakukan melalui perencanaan sasaran dengan mengutamakan:
    a. anggaran pendapatan dan belanja Daerah;
    b. program prioritas;
    c. peningkatan jumlah dan alokasi secara bertahap; dan
    d. program bantuan sosial dan program Kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap derajat kesehatan Masyarakat.

Pasal 173

(1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk menjamin ketersediaan pendanaan kesehatan terhadap seluruh sub sistem dalam SKD.
(2) Dalam menjamin ketersediaan pendanaan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan penghitungan dan pencatatan biaya kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan.

D. Ketentuan Lain-Lain

Pada bab ini berisi ketentuan yang tidak termasuk materi ketentuan umum, materi muatan pokok, ketentuan sanksi, ketentuan peralihan, atau ketentuan penutup. Selengkapnya ketentuan lain-lain dalam Ranperda ini adalah sebagai berikut:

BAB XIV
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 174

(1) Pemerintah Daerah mengintegrasikan Jaminan Kesehatan Daerah ke Jaminan Kesehatan Nasional paling lama 1 (satu) tahun sejak ditetapkannya Peraturan Daerah ini.
(2) Pemerintah Daerah memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(3) Semua penyedia layanan kesehatan milik Pemerintah Daerah dan penyedia layanan Kesehatan milik swasta yang telah mengikat perjanjian dengan Pemerintah Daerah harus memberikan pelayanan bagi peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.

E. Ketentuan Peralihan

Bab ini dimaksudkan adalah untuk menghindari kekosongan pengaturan maka klausula tentang peralihan diperlukan dan merupakan ketentuan transisional. Selengkapnya ketentuan peralihan dalam Ranperda ini adalah sebagai berikut:

Pasal 175

Pada saat Peraturan Daerah ini mulai berlaku, maka:

a. kebijakan Daerah mengenai Penyelenggaraan Kesehatan yang telah ditetapkan dan dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah sebelum diundangkan Peraturan Daerah ini, tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Daerah ini.

b. perizinan bidang Kesehatan yang telah ada sebelum diundangkan Peraturan Daerah ini, tetap berlaku sampai dengan berakhirnya masa berlaku perizinan tersebut.
c. permohonan dan penerbitan perizinan bidang Kesehatan dilakukan berdasarkan ketentuan Peraturan Daerah ini.

F. Ketentuan Penutup

Ketentuan Penutup merupakan bagian terakhir Batang Tubuh Peraturan Daerah, yang biasanya berisi ketentuan tentang saat mulai berlakunya Peraturan Daerah dapat melalui cara-cara sebagai berikut:

1. Penetapan mulai berlakunya Peraturan Daerah pada suatu tanggal tertentu;
2. Saat mulai berlakunya Peraturan Daerah tidak harus sama untuk seluruhnya (untuk beberapa bagian dapat berbeda).

Selengkapnya bunyi ketantuan penutup dalam Rancangan Peraturan Daerah ini adalah sebagai berikut.

Pasal 176

Pada saat Peraturan Daerah ini mulai berlaku, Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 2 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2017 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 2), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 177

Peraturan Bupati sebagai petunjuk pelaksanaan Peraturan Daerah ini harus sudah ditetapkan paling lama 1 (satu) tahun sejak Peraturan Daerah ini diundangkan.

Pasal 178

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Kabupaten Nganjuk.

BAB IV
PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian dalam bab-bab terdahulu dari Naskah Akademik ini, maka penyusunan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan daerah memiliki kelayakan secara akademis. Peraturan Daerah ini nantinya akan menjadi landasan, pedoman, dan arah penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan oleh Pemerintah Daerah melalui pengelolaan kesehatan di Daerah. Pengelolaan kesehatan diselenggarakan oleh seluruh komponen masyarakat di Daerah secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya

Selanjutnya agar Peraturan Daerah tersebut bisa menjadi peraturan yang komprehensif dan dapat dipertanggungjawabkan secara filosofis, yuridis dan sosiologis, yang pada giliranya akan dapat diberlakukan secara efektif dan efisien serta diterima Masyarakat dalam penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan di Daerah, maka pokok-pokok pikiran dan muatan yang harus ada dalam Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan adalah sebagai berikut:

BAB	MATERI/BAGIAN/PARAGRAF		
I	KETENTUAN UMUM		
II	WEWENANG DAN TANGGUNGJAWAB TANGGUNGJAWAB PEMERINTAH DAERAH, SERTA HAK, DAN KEWAJIBAN		
	Bagian Kesatu	:	Wewenang dan Tanggung jawab Pemerintah Daerah 1. Wewenang. 2. Tanggungjawab Pemerintah Daerah.
	Bagian Kedua	:	Hak dan Kewajiban Masyarakat 1. Hak. 2. Kewajiban.
III	UPAYA KESEHATAN		
	Bagian Kesatu	:	Umum
	Bagian Kedua	:	Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak, Remaja, Dewasa, dan Lanjut Usia 1. Umum. 2. Kesehatan Ibu. 3. Kesehatan Bayi dan Anak 4. Kesehatan Remaja 5. Kesehatan Dewasa 6. Kesehatan Lanjutan Usia.
	Bagian Ketiga	:	Kesehatan Penyandang Disabilitas
	Bagian Keempat	:	Kesehatan Reproduksi.
	Bagian Kelima	:	Gizi
	Bagian Keenam	:	Kesehatan Jiwa
	Bagian Ketujuh	:	Penanggulangan Penyakit 1. Penanggulangan Penyakit Menular

			2. Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
	Bagian Kedelapan	:	Upaya Kesehatan Penglihatan dan Pendengaran
	Bagian Kesembilan	:	Upaya Kesehatan Keluarga
	Bagian Kesepuluh	:	Kesehatan Sekolah
	Bagian Kesebelas	:	Upaya Kesehatan Kerja
	Bagian Kedua belas	:	Kesehatan Lingkungan
	Bagian Ketiga Belas	:	Kesehatan Matra
	Bagian Keempat Belas	:	Pelayanan Kesehatan pada Bencana
	Bagian Kelima Belas	:	Pelayanan Darat
	Bagian Keenam Belas	:	Transplantasi Organ dan/atau Jaringan Tubuh
	Bagian Ketujuhbelas	:	Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca
	Bagian Kedelapan Belas	:	Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika
	Bagian Kesembilan Belas	:	Pengamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT
	Bagian Keduapuluh	:	Pengamanan Zat Adiktif
	Bagian Keduapuluh Satu	:	Pelayanan Kedokteran untuk Kepentingan Hukum
	Bagian Keduapuluh Dua	:	Pelayanan Kesehatan Tradisional
	Bagian Keduapuluh Tiga	:	Standar Pelayanan Kesehatan
	Bagian Keduapuluh Empat	:	Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan
	Bagian Keduapuluh Lima	:	Pelayanan Kesehatan dengan Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi
	Bagian Keduapuluh Enam	:	Upaya Kesehatan lainnya
IV	FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN		

	Bagian Kesatu	:	Jenis Pelayanan Kesehatan
	Bagian Kedua	:	Penentuan Jumlah dan Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan
	Bagian Ketiga	:	Penyelenggaraan Fasilitas Pelayanan Kesehatan
V	PENYELENGGARAAN SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU		
VI	SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN		
VII	MANAJEMEN INFORMASI DAN REGULASI KESEHATAN		
VIII	PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN		
IX	PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA		
X	PENGEMBANGAN INOVASI DAERAH		
XI	TATA KELOLA YANG BAIK		
XII	PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN		
XIII	PENDANAAN KESEHATAN		
XIV	KETENTUAN LAIN-LAIN		
XV	KETENTUAN PERALIHAN		
XVI	KETENTUAN PENUTUP		

B. Saran.

1. Dalam rangka mewujudkan mewujudkan produk hukum daerah yang mengatur bidang kesehatan khususnya Sistem Kesehatan Daerah yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, asas materi muatan peraturan perundang-undangan perlu segera disusun/dibentuk:
   a. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah; dan
   b. Peraturan Bupati Nganjuk tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah.
2. Untuk menghasilkan dokumen Draft Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk tentang Sistem Kesehatan Daerah yang aspiratif dan partisipatif serta implementatif, maka penyusunan Peraturan Daerah ini perlu memperhatikan nilai-nilai budaya dan kearifan lokal serta melibatkan secara aktif berbagai pihak terkait dalam Sistem Kesehatan daerah seperti Pemerintah Daerah, DPRD, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, SDM Kesehatan, dan Stakeholders terkait lainnya.

Lampiran-Lampiran

A. Daftar kepustakaan.

Adisasmito, W. B., Almuhairi, S., Behravesh, C. B., Bilivogui, P., Bukachi, S. A.,

Ari Natalia Probandari, Mubasysyir Hasanbasri, Citra Widya Kusuma, (et al), 2021, Kebijakan Kesehatan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan untuk Dokter Umum, Penerbit: Badan Kerjasama Ilmu Kesehatan Masyarakat Ilmu Kedokteran;

Ascobat Gani (et all), 2023, Review dan Reformulasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia, Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Kementerian PPN/Bappenas, 2023.

Asri Wijayanti, 2004. *Kendali Alokasi Sebagai Bentuk Perlindungan Hukum Bagi Tenaga Kerja Indonesia*, Jurnal Justika Vol 7 No 1.

Bagir Manan, 1994, *Pemerintah Daerah Bagian I*, Penataran Administrative and Organization Planning University Gadjah Mada, Yogyakarta.

Bappenas. 2004. Menuju Suatu Sistem Jaminan Sosial Yang Dapat Diimplementasikan,

Dwi Noerjoedianto & Andy Amir, 2022, Sistem Pembangunan Kesehatan Nasional dan Daerah, Penerbit: UNJA Publisher.

Gani, A. (2015). Perspektif Puskesmas sebagai Pembina Kesehatan Wilayah.

Joko Sapto Pramono (et al), 2025, Jaminan Kesehatan Nasional: Strategi, Implementasi Dan Transformasi Kesehatan, Penerbit: Gramedia;

Kementerian PPN/Bappenas. (2022). Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas.

Lokakarya Internasional, tanggal 24 Juni, Jakarta.

Ridwan, HR. 2002. *Hukum Administrasi Negara*, UII Press, Yogyakarta.

Saldi Isra dan Suharizal (ed), 2001, Teknik Penyusunan Produk Hukum Daerah, Anggrek Law Firm

Samudra Wiwaha, dkk. 1994. *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Siswanto (et al), 2020, Bunga Rampai Kinerja Pembangunan Kesehatan Indonesia: Tantangan, Masalah, dan Solusi, Penerbit: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;

Soekanto, Soerjono., 1982. *Kesadaran Hukum dan Kepatuhan Hukum*, Rajawali, Jakarta.

Solichin Addul Wahab. 2004. *Analisis Kebijaksanaan dari Formulasi Ke implementasi Kebijaksanaan Negara*, Jakarta; Bumi Aksasra.

Tim Depkum HAM & UNDP, 2008, *Panduan Praktis Memahami Perancangan Peraturan Daerah,* Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia R.I. bekerjasama dengan *United Nations Development Programme* (UNDP) melalui Proyek *Enhancing Communications, Advocacy and Public Participation Capacity for Legal Reforms* (CAPPLER Project), Penerbit : CAPPLER, Jakarta.

WHO. (n.d.). Community Empowerment. Retrieved July 20, 2023, from https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment.

B. **Inventarisasi Peraturan Perundang-undangan**.

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
2. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang;
7. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Timur;
8. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
9. Peraturan Pemerintah No 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Pemerintah No 28 Tahun 2024 tentang Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko;
12. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehetan Reproduksi;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan;
16. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Nganjuk;

17. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 6 Tahun 2024 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2025-2045;
18. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 3 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2025-2029.