

NASKAH AKADEMIK
RANCANGAN PERATURAN DAERAH
KABUPATEN MAHAKAM ULU

TENTANG

SISTEM LAYANAN KESEHATAN DAERAH PERBATASAN

KABUPATEN MAHAKAM ULU

2020

KATA PENGANTAR

Kesehatan merupakan investasi dalam mendukung pembangunan nasional. Amandemen Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia sebagaimana tertuang dalam Pasal 28H dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Masyarakat Kabupaten Mahakam Hulu yang berada di perbatasan harus mendapatkan layanan kesehatan yang sama dengan mereka yang berada di daerah lain. Terlebih layanan kesehatan merupakan salah satu urusan wajib pemerintah daerah yang tak terpisahkan dari amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu, sebagai daerah pemekaran telah berkomitmen kuat memajukan bidang kesehatan.

Kondisi geografis, sosial dan budaya Kabupaten Mahakam Ulu yang berada di daerah perbatasan, maka sudah tepat jika Pemerintah Daerah memberikan perhatian khusus untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah perbatasan.

Dalam era otonomi daerah, daerah diberi wewenang membentuk peraturan daerah baik yang diusulkan oleh pemerintah daerah maupun atas inisiatif DPRD. Pengaturan suatu urusan dalam suatu peraturan daerah memiliki dasar hukum yang kuat. Untuk itu sangat dibutuhkan suatu argumentasi yang kuat tentang urgensi membentuk Peraturan Daerah tersebut. Olehnya itu argumentasi tersebut diperoleh dari penelitian hukum melalui yang memadukan metode normative dan metode empiris.

Tim Penyusun

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan investasi dalam mendukung pembangunan nasional. Amandemen Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia sebagaimana tertuang dalam Pasal 28H dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pembangunan kesehatan di Indonesia bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum sebagai yang dimaksud dalam pembukaan UUD 1945. Pembangunan Kesehatan tersebut diselenggarakan dengan berdasarkan kepada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yaitu suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sebagai pelaku dari pada penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah masyarakat, pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten/kota), badan legislatif serta badan yudikatif

Peningkatan Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, sudah lama dicanangkan pemerintah. Namun belum pernah terlaksana dengan baik seperti apa model dan intervensinya. Sehingga dengan adanya inisiatif pemerintah daerah Mahakam Ulu membentuk Perda kesehatan daerah perbatasan, tentu akan menjadi alternati solusi untuk memberi layanan kepada warga negara yang berada di daerah perbatasan. Inisiatif pengaturan ini tentu patut diapresiasi karena tidak banyak daerah yang memiliki komitmen untuk mengatur hal seperti ini.

Tuntutan pemberian layanan kesehatan di daerah perbatasan semakin disadari dan mulai dilakukan upaya untuk mewujudkannya, karena pelayanan kesehatan yang bermutu akan mempunyai dampak yang berarti dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini sebagai modal yang kuat untuk hidup sehat dan berkualitas di tengah ketatnya persaingan gaya hidup yang tidak mustahil akan berdampak pada menurunnya derajat kesehatan.

Undang-Undang Kesehatan tahun 1992 menetapkan bahwa setiap profesi kesehatan harus melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar profesi, pada tahun 1993 telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medik. Di Tingkat Departemen pada tahun 1994 telah terbentuk Dewan Pembina Program Jaga Mutu Pelayanan Kesehatan yang diketuai oleh Sekretaris Jenderal Depkes.

Jaminan mutu di puskesmas diharapkan dilaksanakan dalam berbagai bentuk, seperti Gugus Kendali Mutu (GKM), audit pelayanan medik dan audit asuhan keperawatan, tinjauan kasus, pengendalian infeksi, tinjauan utilisasi, akreditasi, tinjauan penggunaan obat, tinjauan catatan medik.

Suatu waktu jika sudah ada Rumah Sakit di Kabupaten Mahakam Ulu, maka kegiatan jaminan mutu dilakukan secara fungsional oleh Komite Medis, dimana di dalamnya terdapat Tim Jaminan Mutu. Konsep jaminan mutu tidak bisa dipisahkan dengan konsep mutu, karena konsep jaminan mutu tersebut diciptakan karena adanya konsep mutu. Dalam rangka mewujudkan visi Kabupaten Mahakam Ulu “Membangun Mahulu Untuk Semua Sejahtera Berkeadilan”, dibutuhkan interkoneksi dengan semua sektor, termasuk sektor kesehatan. Prestasi Kabupaten Mahakam Ulu terhadap kesehatan masyarakat patut diapresiasi hal ini ditandai dengan tingginya kepesertaan BPJS Kesehatan yang menjadikan kabupaten ini mendapat penghargaan dari Presiden yang diserahkan di istana Negara pada tanggal 24 Mei 2018. Untuk itu pembangunan kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu ke depan diharapkan berorientasi pada peningkatan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat melalui kemitraan dan pemberdayaan, peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan Ibu, Bayi dan Anak Balita.

Ada beberapa strategi yang perlu dilakukan untuk mewujudkan pembangunan kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu agar bisa terwujud dengan baik, yaitu sebagai berikut:

1. Fasilitasi pengembangan fasilitas kesehatan di desa khususnya di wilayah sungai dan daerah perbatasan.
 - Peningkatan ketersediaan sarana dan prasarana desa siaga.
2. Revitalisasi Posyandu.
 - Peningkatan operasional Desa Siaga dan Posyandu.
 - Penggalangan kemitraan dan koordinasi dengan para pemangku kepentingan yang bergerak dalam bidang kesehatan.
3. Fasilitas Pengembangan Jaminan Kesehatan Masyarakat
 - Pengembangan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat.
4. Optimalisasi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjang yang berkualitas.
 - Peningkatan bantuan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah perbatasan
 - Pemerataan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang sesuai standar.
5. Akselerasi dan eskalasi dan prasarana pelayanan kesehatan.
 - Peningkatan mutu pelayanan Puskesmas dan sarana penunjang lainnya melalui standarisasi dan akreditasi.
6. Optimalisasi pengembangan dan pendayagunaan tenaga kesehatan.

- Pengembangan dan pembangunan sarana prasarana pelayanan kesehatan di daerah perbatasan.
 - Penataan mekanisme rujukan pelayanan kesehatan
 - Peningkatan kuantitas dan kualitas tenaga medis, keperawatan (bidan dan perawat) dan tenaga kesehatan lainnya.
 - Peningkatan manajemen dan pemanfaatan data di sarana kesehatan
 - Peningkatan peran sektor swasta dalam pelayanan kesehatan.
7. Optimalisasi pelayanan kesehatan ibu, bayi dan anak balita.
 - Peningkatan fasilitas penyediaan tenaga terlatih dan memenuhi standar kompetensi untuk pelayanan kesehatan ibu, bayi dan anak balita
 8. Intensifikasi upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.
 - Peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk pelayanan kesehatan ibu, bayi dan anak balita termasuk imunisasi.
 9. Optimalisasi sistem surveilans, monitoring dan peningkatan informasi kesehatan.
 - Pengembangan sistem surveilans yang terintegrasi dalam kewaspadaan dini.
 - Kesiapsiagaan penanggulangan bencana dan krisis kesehatan
 - Peningkatan penemuan dan penatalaksanaan penyakit menular, tidak menular dan masalah kesehatan pada kelompok resiko tinggi.
 10. Optimalisasi upaya penanggulangan masalah gizi ibu, bayi dan anak balita.
 - Peningkatan pemantauan status gizi dan penanggulangan masalah gizi pada balita dan ibu hamil.

Pembangunan bidang kesehatan diarahkan untuk mencapai komitmen internasional, yang dituangkan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) dengan tujuan yang terkait langsung dengan bidang kesehatan yaitu menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV-AIDS, TB dan malaria serta penyakit lainnya dan yang tidak terkait langsung yaitu menanggulangi kemiskinan dan kelaparan serta mendorong diarahkan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan.

Untuk mendukung keberhasilan pembangunan tersebut dibutuhkan adanya ketersediaan data dan informasi yang akurat bagi proses pengambilan keputusan dan perencanaan program. Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang *evidence based* diarahkan untuk penyediaan data dan informasi yang akurat, lengkap, dan tepat waktu.

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yaitu sistem informasi yang penyusunan dan penyajiannya dibuat sederhana mungkin tetapi informatif tentang situasi dan hasil pembangunan kesehatan selama satu tahun yang memuat data derajat kesehatan, sumber daya kesehatan dan capaian indikator hasil pembangunan kesehatan untuk dipakai sebagai

alat tolok ukur kemajuan pembangunan kesehatan sekaligus juga sebagai bahan evaluasi program-program kesehatan di daerah.

Oleh sebab itu diperlukan suatu naskah akademik rancangan peraturan daerah mengenai pelayanan kesehatan khususnya di daerah perbatasan Mahakam Ulu untuk memberikan payung hukum yang kuat terhadap Sistem Layanan kesehatan Daerah Perbatasan di Kabupaten Mahakam Ulu, agar pelayanan masyarakat akan kesehatan dapat menikmati dan berkembang.

Berdasarkan uraian di atas, maka penyusunan Naskah Akademik Ranperda Sistem Layanan kesehatan Daerah Perbatasan ini, merupakan sebuah upaya bagi Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu untuk lebih meningkatkan fungsi pemerintah dalam melayani masyarakat di bidang kesehatan.

Teknik penyusunan naskah akademik ini, merujuk pada undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Perundang-undangan, yang mengatur bahwa¹ :

“Naskah akademik adalah naskah hasil penelitian atau pengkajian hukum dan hasil penelitian lainnya terhadap suatu masalah tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah mengenai pengaturan masalah tersebut dalam suatu Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah, atau Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota sebagai solusi terhadap permasalahan dan kebutuhan hukum masyarakat.”

Oleh sebab itu, pembentukan naskah akademik ini dilakukan untuk memberikan dasar berpikir bagi pembuat kebijakan, dan sebagai persyaratan pembentukan produk hukum daerah yaitu berupa Peraturan Daerah tentang Sistem Layanan kesehatan Daerah Perbatasan sebagai upaya untuk melakukan pengembangan, pengawasan dan meningkatkan pertumbuhan ekonomi masyarakat.

B. Identifikasi Masalah

Permasalahan penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, adalah sebagai berikut:

1. Permasalahan apa yang dihadapi oleh masyarakat Kabupaten Mahakam Ulu terkait dengan layanan kesehatan khususnya yang berada di perbatasan?
2. Mengapa perlu Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, sebagai dasar pemecahan masalah di bidang kesehatan?
3. Apa yang menjadi pertimbangan/landasan filosofis, sosiologis, yuridis terkait pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan?

¹ Pasal 1 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Perundang-undangan

4. Apa sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan yang akan diwujudkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan?

C. Tujuan dan Kegunaan Penyusunan Naskah Akademik

Tujuan penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, adalah sebagai berikut :

1. Merumuskan permasalahan apa yang dihadapi oleh masyarakat di perbatasan terkait dengan pelaksanaan layanan kesehatan.
2. Merumuskan alasan pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, sebagai dasar pemecahan masalah anak.
3. Merumuskan pertimbangan/landasan filosofis, sosiologis, yuridis terkait pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan.
4. Merumuskan sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan dan arah pengaturan yang akan diwujudkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan.

D. Metode Penyusunan Naskah Akademik

Penyusunan Naskah Akademik pada dasarnya merupakan suatu kegiatan penelitian sehingga digunakan metode penyusunan Naskah Akademik yang berbasiskan metode penelitian hukum. Penelitian hukum dapat dilakukan melalui metode yuridis normatif dan metode yuridis empiris. Metode yuridis empiris dikenal juga dengan penelitian sosiolegal. Metode yuridis normatif dilakukan melalui studi pustaka yang menelaah (terutama) data sekunder yang berupa Peraturan Perundang-undangan serta hasil penelitian, hasil pengkajian, dan referensi lainnya. Metode yuridis normatif dapat dilengkapi dengan wawancara, diskusi (*focus group discussion*) dan rapat dengar pendapat. Metode yuridis empiris atau sosiolegal adalah penelitian yang diawali dengan penelitian normatif atau penelaahan terhadap Peraturan Perundang-undangan (normatif) yang dilanjutkan dengan observasi yang mendalam serta penyebarluasan kuesioner untuk mendapatkan data faktor nonhukum yang terkait dan yang berpengaruh terhadap Peraturan Perundang-undangan yang diteliti.

E. Sistematika

Naskah akademik disusun dengan sistematika sebagai berikut :

Bab I : Pendahuluan

Menggambarkan latar belakang, identifikasi masalah, tujuan dan kegunaan penyusunan naskah akademik dan sistematika naskah akademik. Pada bagian pendahuluan memuat rumusan mengenai masalah

yang ditemukan dan diuraikan dalam Naskah Akademik yang teridentifikasi yang mencakup 4 (empat) pokok masalah, yaitu sebagai berikut: 1) Permasalahan yang dihadapi dalam isu kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu dan bagaimana permasalahan tersebut dapat diatasi. 2) Mengapa perlu Rancangan Peraturan Daerah sebagai dasar pemecahan masalah tersebut. 3) Apa yang menjadi pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan Rancangan Peraturan Daerah. 4) Apa sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan.

Bab II : Kajian Teoritis Dan Praktik Empiris

Bab ini memuat uraian mengenai materi yang bersifat teoritis, asas, praktik, perkembangan pemikiran, serta implikasi sosial, politik, dan ekonomi, keuangan daerah dari pengaturan dalam suatu Peraturan daerah. Bab ini dapat diuraikan dalam beberapa sub bab berikut:

- A. Kajian teoretis.
- B. Kajian terhadap asas/prinsip yang terkait dengan penyusunan norma. Analisis terhadap penentuan asas-asas ini juga memperhatikan berbagai aspek bidang kehidupan terkait dengan Peraturan Perundang-undangan yang akan dibuat, yang berasal dari hasil penelitian.
- C. Kajian terhadap praktik penyelenggaraan, kondisi yang ada, serta permasalahan yang dihadapi masyarakat.
- D. Kajian terhadap implikasi penerapan sistem baru yang akan diatur dalam Undang-Undang atau Peraturan Daerah terhadap aspek kehidupan masyarakat dan dampaknya terhadap aspek beban keuangan daerah.

Bab III : Evaluasi Dan Analisis Peraturan Perundang-Undangan Terkait

Bab ini memuat hasil kajian terhadap Peraturan Perundang-undangan terkait yang memuat kondisi hukum yang ada, keterkaitan Peraturan Daerah baru dengan Peraturan Perundang-undangan lain, harmonisasi secara vertikal dan horizontal, serta status dari Peraturan Perundang-undangan yang ada, termasuk Peraturan Perundang-undangan yang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku serta Peraturan Perundang-undangan yang masih tetap berlaku karena tidak bertentangan dengan Peraturan Daerah yang baru. Kajian terhadap Peraturan Perundang-undangan ini dimaksudkan untuk mengetahui kondisi hukum atau peraturan perundang undangan yang mengatur mengenai substansi atau materi yang akan diatur. Dalam kajian ini akan diketahui posisi dari Peraturan Daerah yang baru. Analisis ini dapat menggambarkan tingkat sinkronisasi, harmonisasi Peraturan Perundang-undangan yang ada serta posisi dari Peraturan Daerah untuk menghindari terjadinya tumpang tindih pengaturan. Hasil dari penjelasan atau uraian ini menjadi bahan bagi penyusunan landasan filosofis dan yuridis dari pembentukan Peraturan Daerah yang akan dibentuk.

Bab IV : Landasan Filosofis, Landasan Yuridis, dan Landasan Sosiologis,

A. Landasan Filosofis

Landasan filosofis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

B. Landasan Sosiologis.

Landasan sosiologis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek. Landasan sosiologis sesungguhnya menyangkut fakta empiris mengenai perkembangan masalah dan kebutuhan masyarakat dan negara.

C. Landasan Yuridis.

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.

Bab V : Jangkauan, Arah Pengaturan, Dan Ruang Lingkup Materi Muatan Peraturan Daerah

Naskah Akademik pada akhirnya berfungsi mengarahkan ruang lingkup materi muatan Rancangan Peraturan Daerah yang akan dibentuk. Dalam Bab ini, sebelum menguraikan ruang lingkup materi muatan, dirumuskan sasaran yang akan diwujudkan, arah dan jangkauan pengaturan. Materi didasarkan pada ulasan yang telah dikemukakan dalam bab sebelumnya. Selanjutnya mengenai ruang lingkup materi pada dasarnya mencakup:

- a. ketentuan umum memuat rumusan akademik mengenai pengertian istilah, dan frasa;
- b. materi yang akan diatur;
- c. ketentuan sanksi; dan
- d. ketentuan peralihan.

Bab VI : Penutup

Bab penutup terdiri atas sub bab simpulan dan saran.

A. Simpulan

Simpulan memuat rangkuman pokok pikiran yang berkaitan dengan praktik Penyelenggaraan, pokok elaborasi teori, dan asas yang telah diuraikan dalam bab sebelumnya.

B. Saran

Saran memuat antara lain:

- Perlunya pemilahan substansi Naskah Akademik dalam suatu Peraturan Daerah.
- Rekomendasi tentang skala prioritas penyusunan Rancangan Peraturan Daerah dalam Program Legislasi Daerah.
- Kegiatan lain yang diperlukan untuk mendukung penyempurnaan penyusunan Naskah Akademik lebih lanjut.

Daftar Pustaka

Daftar pustaka memuat buku, Peraturan Perundang-undangan, dan jurnal yang menjadi sumber bahan penyusunan Naskah Akademik.

Lampiran : Rancangan Perda Kabupaten Mahakam Ulu tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan.

BAB II

KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoritis

Kajian teoritik memegang peranan penting dalam dunia ilmu pengetahuan, teori merupakan sarana untuk memahami dan memecahkan persoalan yang dibicarakan secara lebih baik. Menurut Kerlinger, teori merupakan seperangkat pemahaman yang membentuk konsep, batasan, dan proposisi yang menyajikan suatu pandangan sistematis tentang fenomena dengan merinci hubungan-hubungan antar variabel dengan tujuan menjelaskan dan memprediksikan gejala itu². Batasan teori mengandung tiga hal yaitu: (1) Seperangkat proposisi yang terdiri dari konstruk-konstruk yang terdefiniskan dan saling berhubungan; (2) Menyusun hubungan antar variabel, dengan demikian merupakan pandangan sistematis mengenai fenomena-fenomena yang dideskripsikan oleh variabel-variabel itu; (3) Menjelaskan fenomena. Kaitannya dengan naskah akademik ini, maka berikut ini akan dikemukakan beberapa konsep atau teori mengenai Pengelolaan Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan adalah sebagai berikut:

1. Hukum Kesehatan

a. Pengertian Hukum Kesehatan

Hukum kesehatan termasuk hukum “*lex specialis*”, melindungi secara khusus tugas profesi kesehatan (*provider*) dalam program pelayanan kesehatan manusia menuju ke arah tujuan deklarasi “*health for all*” dan perlindungan secara khusus terhadap pasien “*receiver*” untuk mendapatkan pelayanan kesehatan³. Dengan sendirinya hukum kesehatan ini mengatur hak dan kewajiban masing-masing penyelenggara pelayanan dan penerima pelayanan, baik sebagai perorangan (pasien) atau kelompok masyarakat.⁴

Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia dalam anggaran dasarnya menyatakan “Hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya serta hak dan kewajiban baik perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan maupun dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan dalam segala aspek organisasi; sarana pedoman medis nasional atau internasional, hukum di bidang kedokteran, yurisprudensi serta ilmu pengetahuan bidang kedokteran

² Kerlinger dalam Khudzaifah Dimiyati, *Teorisasi Hukum Studi tentang Perkembangan Pemikiran Hukum di Indonesia 1945-1990*, Muhammadiyah University Press, Surakarta, 2004, hlm. 37.

³ Cecep Triwibowo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta, 2014, hlm 16.

⁴ Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2010, hlm 44.

kesehatan. Yang dimaksud dengan hukum kedokteran ialah bagian hukum kesehatan yang menyangkut pelayanan medis”.⁵

Hukum kesehatan menurut H.J.J. Lennen adalah keseluruhan ketentuan-ketentuan hukum yang berkaitan langsung dengan pelayanan kesehatan dan penerapan kaidah-kaidah hukum perdata, hukum administrasi negara, dan hukum pidana dalam kaitannya dengan hal tersebut.⁶

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hukum kesehatan adalah seluruh kumpulan peraturan yang mengatur tentang hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Sumber hukum kesehatan tidak hanya bertumpu pada hukum tertulis (undang-undang), namun juga pada jurisprudensi, traktat, konsensus, dan pendapat ahli hukum serta ahli kedokteran (termasuk doktrin).⁷

b. Pengertian dan Pengaturan Pelayanan Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan pokok manusia di samping sandang pangan dan papan, tanpa hidup yang sehat, hidup manusia menjadi tanpa arti, sebab dalam keadaan sakit manusia tidak mungkin dapat melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. Selain itu orang yang sedang sakit (pasien) yang tidak dapat menyembuhkan penyakitnya sendiri, tidak ada pilihan lain selain meminta pertolongan dari tenaga kesehatan yang dapat menyembuhkan penyakitnya dan tenaga kesehatan tersebut akan melakukan apa yang dikenal dengan upaya kesehatan dengan cara memberikan pelayanan kesehatan.⁸

Sebagaimana yang diatur di dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan pada Pasal 1 Angka (11) Ketentuan Umum yang berbunyi :

“Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat”.

Kemudian dalam Pasal 4 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dijelaskan bahwa “setiap orang berhak atas kesehatan”. Hak atas kesehatan yang di maksud dalam pasal ini adalah hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari

⁵ Sri Siswati, *Etika dan Hukum Kesehatan dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan*, Rajawali Pers, Jakarta, 2013, hlm. 11.

⁶ *Ibid.*, hlm. 13.

⁷ Ta'adi, *Hukum Kesehatan: Sanksi dan Motivasi bagi Perawat*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2013, hlm. 5

⁸ Wila Chandrawila, *Hukum Kedokteran*, Mandar Maju, Bandung, 2001, hlm 35.

fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pasal 5 Ayat (1) dan (2) Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dijelaskan bahwa:

- 1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
- 2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Didalam ketentuan Umum yang ada pada Undang-undang Kesehatan memang tidak disebutkan secara jelas mengenai Pelayanan Kesehatan namun hal tersebut tercermin dari Pasal 1 Ketentuan Umum Ayat (11) bahwa upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan dalam rangka untuk kepentingan kesehatan di masyarakat. walaupun tidak diuraikan secara jelas mengenai pelayanan kesehatan namun kita dapat memahaminya melalui pengertian-pengertian yang dikemukakan oleh para sarjana sebagai berikut ini:

Menurut Levey dan Loomba Pelayanan Kesehatan Adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Jadi pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah *promotif* (memelihara dan meningkatkan kesehatan), *preventif* (pencegahan), *kuratif* (penyembuhan), dan *rehabilitasi* (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat dan lingkungan. Yang dimaksud sub sistem disini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan adalah input, proses, output, dampak, umpan balik.⁹

Sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Levey dan Loomba Hendrojono Soewono juga menyebutkan bahwa yang dimaksud pelayanan kesehatan adalah setiap upaya baik yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan yang ditujukan terhadap perorangan, kelompok/masyarakat¹⁰. Begitupula dengan apa yang dikemukakan oleh Wiku Adisasmito bahwa Pelayanan kesehatan adalah segala bentuk kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan derajat suatu masyarakat yang mencakup kegiatan penyuluhan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan dan pemulihan kesehatan

⁹ Pelayanan Kesehatan, <http://peterpaper.blogspot.com/2010/04/pelayanan-kesehatan-1.html?diunduh,diunduh> pada tanggal 22 Oktober 2020, pukul 16.00 WIB

¹⁰ Hendrojono, Soewono, *Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Kedokteran dalam Transaksi Teurapetik*, Surabaya, Srikandi 2007, Hlm 100-101.

yang diselenggarakan secara terpadu dan berkesinambungan yang secara sinergis berhasil guna dan berdaya guna sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya¹¹.

2. Asas-asas dalam Pelayanan Kesehatan

Menurut Veronica Komalawati yang mengatakan bahwa, asas-asas hukum yang berlaku dan mendasari pelayanan kesehatan dapat disimpulkan secara garis besarnya sebagai berikut¹² :

1. Asas Legalitas

Asas ini pada dasarnya tersirat di dalam Pasal 23 ayat (1), (2) dan (3) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa ;

- 1) Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan;
- 2) Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki;
- 3) Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah.

Berdasarkan pada ketentuan di atas, maka pelayanan kesehatan hanya dapat diselenggarakan apabila tenaga kesehatan yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan dan perizinan yang diatur dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, terutama dalam Pasal 29 ayat (1) dan (3) yang antara lain sebagai berikut :

- 1) Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi;
- 2) Untuk memperoleh surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi harus memenuhi persyaratan :
 - a. Memiliki ijazah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis;
 - b. Mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/ janji dokter atau dokter gigi;
 - c. Memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. Memiliki sertifikat kompetensi;
 - e. Membuat pernyataan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

¹¹ Wiku Adisasmito, 2008, *Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG), Kelayakan Penerapannya di Indonesia*, Jakarta, Fak. Kesehatan Masyarakat, UI. Hlm. 9.

¹² Veronica Komalawati, , *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terepeutik (Persetujuan Dalam Hubungan Dokter dan Pasien); Suatu Tinjauan Yuridis*, PT.Citra Aditya Bhakti, Bandung, 2002, hal. 126-133.

Di samping persyaratan-persyaratan tersebut di atas, dokter atau dokter gigi dalam melakukan pelayanan kesehatan harus pula memiliki izin praktik, sebagaimana ditentukan dalam Pasal 36 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 Praktik Kedokteran sebagai berikut : “Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat Izin Praktik”.

Selanjutnya, surat izin praktik ini akan diberikan jika telah dipenuhi syarat-syarat sebagaimana yang ditentukan secara tegas di dalam ketentuan Pasal 38 ayat (1) yang menyatakan bahwa :

- 1) Untuk mendapatkan surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36, dokter atau dokter gigi harus :
 - a. memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang masih berlaku sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29, Pasal 31, dan Pasal 32;
 - b. mempunyai tempat praktik; dan
 - c. memiliki rekomendasi dari organisasi profesi.

Dari ketentuan di atas dapat ditafsirkan bahwa, keseluruhan persyaratan tersebut merupakan landasan legalitasnya dokter dan dokter gigi dalam menjalankan pelayanan kesehatan. Artinya, “asas legalitas” dalam pelayanan kesehatan secara latern tersirat dalam Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

2. Asas Keseimbangan

Menurut asas ini, penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara seimbang antara kepentingan individu dan kepentingan masyarakat, antara fisik dan mental, antara material dan spiritual. Di dalam pelayanan kesehatan dapat pula diartikan sebagai keseimbangan antara tujuan dan sarana, antara sarana dan hasil, antara manfaat dan risiko yang ditimbulkan dari pelayanan kesehatan yang dilakukan. Dengan demikian berlakunya asas keseimbangan di dalam pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan masalah keadilan.

3. Asas Tepat Waktu

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, asas tepat waktu ini merupakan asas yang cukup krusial, oleh karena sangat berkaitan dengan akibat hukum yang timbul dari pelayanan kesehatan. Akibat kelalaian dokter untuk memberikan pertolongan

tepat pada saat yang dibutuhkan dapat menimbulkan kerugian pada pasien. Berlakunya asas ini harus diperhatikan dokter, karena hukumnya tidak dapat menerima alasan apapun dalam hal keselamatan nyawa pasien yang terancam yang disebabkan karena keterlambatan dokter dalam menangani pasiennya.

4. Asas Itikad Baik

Asas itikad baik ini pada dasarnya bersumber pada prinsip etis untuk berbuat baik pada umumnya yang perlu pula diaplikasikan dalam pelaksanaan kewajiban dokter terhadap pasien dalam pelayanan kesehatan. Dokter sebagai pengemban profesi, penerapan asas itikad baik akan tercermin pada sikap penghormatan terhadap hak-hak pasien dan pelaksanaan praktik kedokteran yang selalu patuh dan taat terhadap standar profesi. Kewajiban untuk berbuat baik ini tentunya bukan tanpa batas, karena berbuat baik harus tidak boleh sampai menimbulkan kerugian pada diri sendiri.

5. Asas Kejujuran

Kejujuran merupakan salah satu asas yang penting untuk dapat menumbuhkan kepercayaan pasien kepada dokter dalam pelayanan kesehatan. Berlandaskan asas kejujuran ini dokter berkewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien, yakni sesuai standar profesinya. Penggunaan berbagai sarana yang tersedia pada institusi pelayanan kesehatan, hanya dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien yang bersangkutan.

Di samping itu, berlakunya asas ini juga merupakan dasar bagi terlaksananya penyampaian informasi yang benar, baik dari pasien maupun dokter dalam berkomunikasi. Kejujuran dalam menyampaikan informasi sudah barang tentu akan sangat membantu dalam kesembuhan pasien. Kebenaran informasi ini sangat berhubungan dengan hak setiap manusia untuk mengetahui kebenaran.

6. Asas Kehati-hatian

Kedudukan dokter sebagai tenaga profesional di bidang kesehatan, mengharuskan agar tindakan dokter harus didasarkan atas ketelitian dalam menjalankan fungsi dan tanggung jawabnya dalam pelayanan kesehatan. Karena kecerobohan dalam bertindak

yang mengakibatkan terancamnya jiwa pasien, dapat berakibat dokter terkena tuntutan pidana.

Asas kehati-hatian ini secara yuridis tersirat di dalam Pasal 58 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menentukan bahwa; “Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya”.

Dalam pelaksanaan kewajiban dokter, asas kehati-hatian ini diaplikasikan dengan mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien terutama hak atas informasi dan hak untuk memberikan persetujuan yang erat hubungannya dengan informed consent dalam transaksi terapeutik.

7. Asas Keterbukaan

Salah satu asas yang ditentukan dalam Pasal 2 Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan adalah asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban, yang secara tersirat di dalamnya terkandung asas keterbukaan.

Hal ini dapat diinterpretasikan dari Penjelasan Pasal 2 angka (9) yang berbunyi ; “Asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban berarti bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum”

Pelayanan kesehatan yang berdaya guna dan berhasil guna hanya dapat tercapai bilamana ada keterbukaan dan kesamaan kedudukan dalam hukum antara dokter dan pasien dengan didasarkan pada sikap saling percaya. Sikap tersebut dapat tumbuh apabila dapat terjalin komunikasi secara terbuka antara dokter dan pasien, di mana pasien dapat memperoleh penjelasan.

3. Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan pada Pasal 1 antara lain :¹³

- a. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.

¹³ *Ibid*, hlm. 64-66.

- b. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
- e. 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.

4. Hak dan Kewajiban Pasien

Sarana kesehatan sebagai pihak pemberi pelayanan dengan segala kewajibannya, harus menerima haknya dari pasien. Hak-hak rumah sakit ini dengan sendirinya merupakan kewajiban-kewajiban pasien sebagai penerima pelayanan rumah sakit. Kewajiban-kewajiban pasien tersebut antara lain sebagai berikut:¹⁴

- a. Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk menaati segala peraturan dan tata tertib RS;
- b. Pasien wajib untuk menceritakan sejujur-jujurnya tentang sesuatu mengenai penyakit yg dideritanya;
- c. Pasien berkewajiban untuk mematuhi segala instruksi dokter dan perawat;
- d. Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban untuk melunasi semua imbalan atas jasa pelayanan RS atau dokter.

Seperti halnya rumah sakit pasien mempunyai hak yang dituntut dari pasien, maka sebaliknya pasien pun mempunyai hak yang harus diperoleh dari rumah sakit. Hak-hak pasien tersebut diatur didalam Pasal 32 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang menyatakan :

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;

¹⁴ Soekidjo Notoatmodjo, Op.cit, hlm. 162-163

- 3) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- 4) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- 5) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- 7) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- 8) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- 9) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- 10) Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- 11) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- 12) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- 13) Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- 14) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- 15) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- 16) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- 17) Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- 18) Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5. Pelayanan Kesehatan

Setiap peserta BPJS Kesehatan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Pengertian mengenai pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif ini

terdapat pada Pasal 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, yakni:

- a. Pasal 1 angka 12 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pasal 1 angka 13 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pasal 1 angka 14 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pasal 1 angka 15 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Pelayanan kesehatan tersebut merupakan hak mutlak bagi setiap peserta BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi semua fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan termasuk fasilitas kesehatan penunjang yang terdiri atas :¹⁵

- 1) Laboratorium;
- 2) Instalasi Farmasi Rumah Sakit;
- 3) Apotek;
- 4) Unit Transfusi Darah/Palang Merah Indonesia;
- 5) Optik;
- 6) Pemberi Pelayanan Consumable Ambulatory Peritoneal Dialisis (CAPD);
- 7) Praktek bidan/perawat atau yang setara.

¹⁵ Tim Visi Yustisia, Panduan Resmi Memperoleh Jaminan Kesehatan Dari BPJS : Semua Warga Negara Wajib Daftar, Jakarta, Visimedia, 2014.

Pasa 47 ayat (3) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:

- a) Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- b) Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan;
- c) Pelayanan gawat darurat;
- d) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai;
- e) Pelayanan Ambulans;
- f) Pelayanan screening kesehatan; dan
- g) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.

Ketentuan mengenai pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan diatur dalam Pasal 47 hingga Pasal 73 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Selain itu, BPJS Kesehatan dalam menjalankan program jaminan kesehatan nasional diharapkan dapat memberikan manfaat jaminan kesehatan nasional (JKN) kepada peserta BPJS Kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi :¹⁶

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisistik mencakup :
 - 1) Administrasi pelayanan;
 - 2) Pelayanan promotif dan preventif;
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - 4) Tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif;
 - 5) Pelayanan obat dan bahan medishabis pakai;
 - 6) Transfusi darah sesuai kebutuhan medis;
 - 7) Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
 - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
 - 1) Rawat jalan, meliputi:
 - a) Administrasi pelayanan;
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisistik oleh dokter spesialis dan sub spesialis;
 - c) Tindakan medis spesialisistik sesuai dengan indikasi medis;
 - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;

¹⁶ *Ibid*, hlm. 9

- e) Pelayanan alat kesehatan Implant;
 - f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
 - g) Rehabilitasi medis;
 - h) Pelayanan darah;
 - i) Pelayanan kedokteran forensik;
 - j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.
- 2) Rawat Inap yang meliputi :
- a) Perawatan inap non intensif;
 - b) Perawatan inap di ruang intensif;
 - c) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

6. Tanggungjawab Hukum

1. Pengertian Tanggungjawab Hukum

Tanggungjawab dalam kamus Bahasa Indonesia memiliki arti yaitu keadaan wajib menanggung segala sesuatunya (kalau terjadi apa-apa boleh dituntut, dipersalahkan, diperkirakan, dan sebagainya).¹⁷ Dalam kamus hukum, tanggungjawab adalah suatu keseharusan bagi seseorang untuk melaksanakan apa yang telah diwajibkan kepadanya.¹⁸ Menurut hukum tanggungjawab adalah suatu akibat atas konsekuensi kebebasan seorang tentang perbuatannya yang berkaitan dengan etika atau moral dalam melakukan suatu perbuatan.¹⁹

Tanggungjawab hukum itu terjadi karena adanya kewajiban yang tidak dipenuhi oleh salah satu pihak yang melakukan perjanjian, hal tersebut juga membuat pihak yang lain mengalami kerugian akibat haknya tidak dipenuhi oleh salah satu pihak tersebut.

Tanggungjawab hukum memiliki beberapa arti. Ridwan Halim mendefinisikan tanggungjawab hukum sebagai sesuatu akibat lebih lanjut dari pelaksanaan peranan, baik peranan itu merupakan hak dan kewajiban ataupun kekuasaan. Secara umum tanggungjawab hukum diartikan sebagai kewajiban untuk melakukan sesuatu atau berperilaku menurut cara tertentu tidak menyimpang dari peraturan yang telah ada.²⁰

Selanjutnya menurut Titik Triwulan pertanggungjawaban harus mempunyai dasar, yaitu hal yang menyebabkan timbulnya hak hukum bagi seorang untuk menuntut orang lain sekaligus

¹⁷ Daryanto, Kamus Bahasa Indonesia Lengkap, Apollo, Surabaya, 1997, hlm. 576.

¹⁸ Andi Hamzah, Kamus Hukum, Ghalia Indonesia, 2005, hlm 26.

¹⁹ Soekidjo Notoatmojo, *Op.cit*, hlm 21.

²⁰ Khairunnisa, *Kedudukan, Peran dan Tanggung Jawab Hukum Direksi*, Pasca Sarjana, Medan 2008, hlm. 4

berupa hal yang melahirkan kewajiban hukum orang lain untuk memberi pertanggungjawabannya.²¹

2. Tanggungjawab dalam Hukum Perdata

Tanggungjawab hukum dalam hukum perdata berupa tanggungjawab seseorang terhadap perbuatan yang melawan hukum. Perbuatan melawan hukum memiliki ruang lingkup yang lebih luas dibandingkan dengan perbuatan pidana. Perbuatan melawan hukum tidak hanya mencakup perbuatan yang bertentangan dengan undang-undang pidana saja, akan tetapi jika perbuatan tersebut bertentangan dengan undang-undang lainnya dan bahkan dengan ketentuan-ketentuan hukum yang tidak tertulis. Ketentuan perundang-undangan dari perbuatan melawan hukum bertujuan untuk melindungi dan memberikan ganti rugi kepada pihak yang dirugikan.²²

Menurut Pasal 1365 KUHPperdata, maka yang dimaksud dengan perbuatan melanggar hukum adalah perbuatan yang melawan hukum yang dilakukan oleh seseorang yang karena salahnya telah menimbulkan kerugian bagi orang lain. Dalam ilmu hukum dikenal 3 katagori dari perbuatan melawan hukum, yaitu sebagai berikut:²³

- a Perbuatan melawan hukum karena kesengajaan;
- b Perbuatan melawan hukum tanpa kesalahan (tanpa unsur kesengajaan maupun kelalaian);
- c Perbuatan melawan hukum karena kelalaian.

Maka model tanggung jawab hukum adalah sebagai berikut :²⁴

- a. Tanggung jawab dengan unsur kesalahan (kesengajaan dan kelalaian) sebagaimana terdapat dalam Pasal 1365 KUHPperdata, yaitu: “tiap-tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada seorang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugiantersebut”.
- b. Tanggung jawab dengan unsur kesalahan khususnya kelalaian sebagaimana terdapat dalam Pasal 1366 KUHPperdata yaitu: “setiap orang bertanggungjawab tidak saja untuk

²¹ Titik Triwulan dan Shinta Febrian, *Perlindungan Hukum bagi Pasien*, Prestasi Pustaka, Jakarta, 2010, hlm 48

²² Komariah, *Edisi Revisi Hukum Perdata*, (Malang: Universitas Muhammadiyah Malang, 2001), hlm 12

²³ Djodirdjo, Moegni, *Perbuatan melawan hukum : tanggung gugat (aansprakelijkheid) untuk kerugian, yang disebabkan karena perbuatan melawan hukum*, (Jakarta: Pradnya Paramita, 1979), hlm. 53

²⁴ Pertanggungjawaban Pelaku Usaha Terhadap Konsumen, www.oocities.org/ilmuhukum/babii.doc , diunduh pada hari Selasa 28 Oktober 2020, pada pukul 22.41 WIB

kerugian yang disebabkan perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan kelalaian atau kurang hati-hatinya.

c. Tanggung jawab mutlak (tanpa kesalahan) sebagaimana terdapat dalam Pasal 1367 KUHPerdata yaitu:

- 1) Seseorang tidak saja bertanggung jawab untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatan orang-orang yang menjadi tanggungannya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada dibawah pengawasannya;
- 2) Orang tua dan wali bertanggung jawab tentang kerugian, yang disebabkan oleh anak-anak belum dewasa, yang tinggal pada mereka dan terhadap siapa mereka melakukan kekuasaan orang tua dan wali;
- 3) Majikan-majikan dan mereka yang mengangkat orang-orang lain untuk mewakili urusan-urusan mereka, adalah bertanggung jawab tentang kerugian yang diterbitkan oleh pelayan-pelayan atau bawahanbawahan mereka di dalam melakukan pekerjaan untuk mana orang-orang ini dipakainya;
- 4) Guru-guru sekolah dan kepala-kepala tukang bertanggung jawab tentang kerugian yang diterbitkan oleh murid-murid dan tukang-tukang mereka selama waktu orang-orang ini berada dibawah pengawasan mereka;
- 5) Tanggungjawab yang disebutkan diatas berakhir, jika orangtua, wali, guru sekolah dan kepala-kepala tukang itu membuktikan bahwa mereka tidak dapat mencegah perbuatan untuk mana mereka seharusnya bertanggung jawab.

Selain dari tanggungjawab perbuatan melawan hukum, KUHPerdata melahirkan tanggungjawab hukum perdata berdasarkan wanprestasi. Diawali dengan adanya perjanjian yang melahirkan hak dan kewajiban. Apabila dalam hubungan hukum berdasarkan perjanjian tersebut, pihak yang melanggar kewajiban (debitur) tidak melaksanakan atau melanggar kewajiban yang dibebankan kepadanya maka ia dapat dinyatakan lalai (wanprestasi) dan atas dasar itu ia dapat dimintakan pertanggungjawaban hukum berdasarkan wanprestasi. Sementara tanggungjawab hukum perdata berdasarkan perbuatan melawan hukum didasarkan adanya hubungan hukum, hak dan kewajiban yang bersumber pada hukum.

b. Tanggung Jawab Pidana

Dalam hukum pidana dianut asas “tiada pidana tanpa kesalahan” Selanjutnya dalam Pasal 2 Kitab Undang-undang

Hukum Pidana disebutkan, “ketentuan pidana dalam perundang-undangan Indonesia diterapkan bagi setiap orang yang melakukan suatu delik di Indonesia”. Perumusan Pasal ini menentukan bahwa setiap orang yang berada dalam wilayah hukum Indonesia, dapat dimintakan pertanggungjawaban pidana atas kesalahan yang dibuatnya.²⁵

c. Tanggung Jawab Administrasi

Tanggung jawab Rumah Sakit dalam ruang lingkup hukum administrasi dapat dinilai mulai dari persyaratan pendirian sampai dengan kegiatan penyelenggaraannya untuk melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Bahwa untuk dapat menyelenggarakan Rumah Sakit maka memerlukan berbagai persyaratan mulai persyaratan pendirian, Sumber Daya Manusia, sarana prasarana, dan sebagainya. Persyaratan yang paling penting adalah adanya izin dari pemerintah. Dengan adanya izin tersebut, maka Rumah Sakit tersebut berwenang melakukan kegiatan pelayanan kesehatan.²⁶

Pelanggaran terhadap kebijakan atau ketentuan hukum administrasi dapat berakibat sanksi hukum administrasi yang dapat berupa pencabutan izin usaha atau pencabutan status badan hukum bagi rumah sakit.

2. Teori Cita Hukum (*Rechtsidee Theory*)

Teori Cita Hukum dikemukakan oleh Gustav Radbruch seorang ahli filsafat hukum beraliran Neo-Kantian. Cita hukum dapat dipahami sebagai suatu konstruksi pikiran yang merupakan keharusan untuk mengarahkan hukum pada cita-cita yang diinginkan masyarakat. Gustav Radbruch berpendapat bahwa cita hukum berfungsi sebagai tolok ukur yang bersifat regulatif dan konstruktif. Tanpa cita hukum, maka produk hukum yang dihasilkan itu akan kehilangan maknanya.²⁷

Pandangan Gustav Radbruch tersebut dapat dipahami melalui teks asli sebagai berikut:²⁸

De rechtsidee niet alleen als een regulatieve maatstaf fungeert (om het positieve recht op zijn rechtvaardigheid of onrechtvaardigheid te toetsen), maar tegelijk als constitutive grondslag (zonder welke het recht, dat de rechtsidee der gerechtigheid de grondslag vormt van recht, dat met de idee in strijd kan zijn (onrechtvaardig recht)

Dengan demikian, setiap proses pembentukan dan penegakan serta perubahan-perubahan yang hendak dilakukan terhadap hukum tidak

²⁵ Bahder Johan Nasution, *Op.cit*, hlm. 73

²⁶ Endang Wahyati Yustina, *Op.cit*, hlm. 95.

²⁷ Esmi Warassih, *Pranata Hukum Sebuah Telaah Sosiologis*, PT. Suryandaru Utama, Semarang, 2005, hlm. 43

²⁸ Gustav Radbruch dalam Esmi Warassih, *Pranata.....Ibid*, hlm. 44

boleh bertentangan dengan cita hukum yang disepakati. Hans Kelsen menyebut cita hukum sebagai *Grundnorm* atau *Basic norm*.²⁹

Cita hukum harus dipahami sebagai dasar sekaligus pengikat dalam pembentukan perundang-undangan. Disini aspek nilai yang terkandung di dalam cita hukum semakin penting artinya, dan secara instrumental berfungsi, terutama bagi pembuat peraturan kebijaksanaan (*technical policy*). Dimensi nilai yang dipersoalkan disini bukan saja dijumpai saat peraturan itu hendak diimplementasikan, sebab pada saat pengimplementasiannya itulah dibutuhkan produk kebijaksanaan yang lebih teknis-operasional.

Gustav Radbruch mengemukakan, terdapat 3 (tiga) nilai dasar dari hukum³⁰ yang kemudian dikenal dengan cita hukum. Ketiga nilai tersebut yaitu kepastian, keadilan dan kemanfaatan. Gustav Radbruch juga mengemukakan adanya kesulitan dalam mewujudkan ketiga nilai-nilai dasar hukum ini secara bersamaan. Kalau dikatakan tujuan hukum sekaligus mewujudkan keadilan, kemanfaatan dan kepastian hukum, apakah itu mungkin tercapai. Dalam kenyataan sering antara tujuan yang satu dengan yang lainnya berbenturan. Misalnya suatu kasus dimana hakim menginginkan putusannya "adil" menurut persepsinya, namun akibatnya sering merugikan kemanfaatan bagi masyarakat luas, demikian sebaliknya. Sehingga Radbruch mengajarkan, menggunakan asas prioritas dimana prioritas pertama selalu jatuh pada keadilan, baru kemanfaatan, dan terakhir adalah kepastian hukum.³¹

Berkaitan dengan cita hukum di Indonesia, maka Pancasila dikatakan sebagai cita hukum (*rechtsidee*)³² dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Cita hukum (*rechtsidee*) menurut Rudolf Stammler³³ adalah konstruksi pikir yang mengarahkan hukum pada cita-cita yang diinginkan oleh masyarakat. Cita hukum berfungsi sebagai bintang pemandu (*leitstern*) untuk mencapai apa yang dicita-citakan. Cita hukum mengandung prinsip yang berlaku sebagai norma bagi keadilan atau ketidakadilan hukum, dengan demikian cita hukum secara serentak memberikan manfaat ganda yaitu dengan cita hukum dapat diuji hukum positif yang berlaku, dan pada cita hukum dapat diarahkan hukum positif menuju hukum yang adil.

²⁹ Esmi Warassih, *Ibid*, hlm. 46

³⁰ Tiga nilai dasar hukum ini disebut juga tiga ide dasar hukum dan tiga asas hukum, Lihat Chainur Arrasjid, *Op.cit*, hlm. 17

³¹ Chainur Arrasjid, *Ibid*, hlm. 18

³² Penjelasan UUDN RI Tahun 1945 menerjemahkan kata "*Rechtsidee*" dengan "cita-cita hukum", yang semestinya adalah "cita hukum" karena cita berarti gagasan, rasa, cipta, pikiran, sedangkan cita-cita berarti keinginan, kehendak, harapan yang selalu ada dipikiran dan dihati. Karena itu "*Rechtsidee*" sebaiknya diterjemahkan dengan cita hukum, Lihat Hamid S Attamimi, *Peranan Keputusan Presiden...*, *Op., cit*, hlm. 308, lihat pula Hamid S Attamimi, *Cita Negara Persatuan Indonesia*, BP-7 Pusat, Jakarta, 1996, hlm. 133.

³³ Rudolf Stammler dalam Theo Huijbers, *Filsafat Hukum dalam Lintasan Sejarah*, Kanisius, Yogyakarta, 1995, hlm. 129.

Hal senada juga dikemukakan oleh Gustav Radbruch bahwa cita hukum tidak hanya berfungsi sebagai tolak ukur yang bersifat regulatif yaitu untuk menguji apakah suatu hukum positif adil atau tidak, melainkan sekaligus berfungsi sebagai dasar yang bersifat konstitutif dan menentukan bahwa tanpa cita hukum, hukum positif akan kehilangan maknanya sebagai hukum.³⁴

Menurut M. Koesnoe, cita hukum bersumber dari “alam nilai”. Alam nilai itu sendiri merupakan dunia idea-idea tentang apa yang dianggap mulia serta luhur, dan oleh karena itu bersifat harus yang menuntut penghormatan dan ketaatan kepadanya. Dunia nilai-nilai itu kemudian ditangkap, diolah, dan diramu oleh filsafat hidup dari suatu masyarakat hukum.³⁵ Dari filsafat hidup tersebut terbentuklah *rechtsidee*. Karena nilai-nilai tersebut memiliki keutamaan dan menjadi cita hukum, maka ia memiliki hakikat imperatif yang mewajibkan. Inilah yang kemudian membentuk konsep hukum yang kategoris.³⁶ Dari unsur-unsur konsep ini, ditarik asas-asas hukum.

Secara spesifik Stammer mengidentifikasikan cita hukum sebagai kemauan yuridis, yaitu suatu kemauan yang mendorong setiap orang untuk membentuk peraturan-peraturan bagi masyarakat dalam hukum positif. Disini terlihat bahwa kemauan yuridis merupakan kemauan dasar dan syarat bagi seluruh hukum positif. Kemauan yuridis ini bersifat transendental yaitu berfungsi sebagai prinsip terakhir dari segala pengertian tentang hukum. Cita hukum mengandung arti pada hakekatnya hukum sebagai aturan tingkah laku masyarakat berakar pada gagasan, rasa, karsa, cipta dan pikiran dari masyarakat itu sendiri.³⁷

Cita hukum itu dibentuk dalam pikiran dan sanubari manusia sebagai produk berpadunya pandangan hidup, keyakinan, keagamaan dan kenyataan-kenyataan yang diproyeksikan pada proses pengkaidahan perilaku warga masyarakat yang mewujudkan keadilan, hasil guna dan kepastian hukum. Dalam dinamika kehidupan kemasyarakatan, cita hukum akan mempengaruhi dan berfungsi sebagai asas umum yang mempedomani (*guiding principle*), norma kritik (kaidah evaluasi) dan faktor yang memotivasi dalam pembentukan, penemuan, penerapan dan perilaku hukum. Dengan dirumuskan cita hukum akan memudahkan penjabarannya ke dalam berbagai perangkat aturan kewenangan dan aturan perilaku serta memudahkan terjaganya konsistensi dalam penyelenggaraan hukum.³⁸

³⁴ Hamid S Attamimi, *Peranan Keputusan Presiden...*, *Op., cit.*, hlm. 309.

³⁵ M. Koesnoe, “Perumusan dan Pembinaan Cita Hukum dan Asas-Asas Hukum Nasional”, *Majalah Hukum Nasional*, No. 2, 1995, BPHN, Jakarta, 1995, hlm. 80.

³⁶ M. Koesnoe, *Ibid*, hlm. 76.

³⁷ *Badan Pembinaan Hukum Nasional dari Masa ke Masa*, BPHN Departemen Kehakiman RI, Jakarta, 1995, hlm. 246-247.

³⁸ Arief Sidharta, *Op., cit.*, hlm. 181.

Berdasarkan pengertian cita hukum di atas, dapat ditarik pengertian bahwa sebagai suatu ukuran yang berisikan nilai-nilai, maka cita hukum tunduk pada falsafah yang mendasarinya. Dengan demikian setiap cita hukum memiliki rumusan nilai yang berbeda. Rumusan nilai cita hukum Pancasila berbeda dengan cita hukum yang orientasi falsafahnya liberalisme maupun sosialisme.

Falsafah hidup Indonesia adalah Pancasila, merupakan asas kerohanian negara, norma dasar, cita hukum, dan sumber dari segala sumber hukum.³⁹ Hal ini sesuai dengan pendapat Hamid S. Attamimi yang mengemukakan bahwa:⁴⁰

Kelima sila Pancasila dalam kedudukannya sebagai cita hukum rakyat Indonesia dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara secara positif merupakan "bintang pemandu" yang memberikan pedoman dan bimbingan dalam semua kegiatan, memberi isi kepada setiap peraturan perundang-undangan, dan secara negatif merupakan kerangka yang membatasi ruang gerak isi peraturan perundang-undangan tersebut. Terhadap isi peraturan perundang-undangan sila-sila tersebut baik sendiri-sendiri maupun bersama-sama, baik tunggal maupun berpasangan merupakan asas hukum umum.

Selain sebagai cita hukum, Pancasila juga sebagai Norma Fundamental Negara (*Staatsfundamentalnorm*), karena itu sila-sila Pancasila baik secara sendiri-sendiri maupun bersama-sama merupakan norma dasar atau norma tertinggi bagi berlakunya semua norma hukum. Dalam kedudukan ini Pancasila disebut juga sebagai sumber dari segala sumber hukum. Dengan demikian hukum yang dibangun adalah yang berparadigma Pancasila yang berdasarkan pada UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yaitu:⁴¹

- a. Mencerminkan religiusitas kebertuhanan segenap warga negara melalui keyakinan segenap bangsa warga terhadap Tuhan Yang Maha Esa;
- b. mencerminkan prinsip-prinsip humanitas yang berkeadilan dan berkeadaban atau sila kemanusiaan yang adil dan beradab;
- c. menjamin dan memperkuat prinsip nasionalitas kebangsaan Indonesia melalui sila persatuan Indonesia;
- d. memperkuat nilai-nilai sovereinitas kerakyatan melalui sila kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam permusyawaratan/ perwakilan;
- e. melembagakan upaya untuk membangun sosialitas yang berkeadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

³⁹ M. Noor Syam, *Penjabaran Filsafat Pancasila dalam Filsafat Hukum (Sebagai Landasan Pembinaan Sistem Hukum Nasional)*, Laboratorium Pancasila IKIP Malang, 2000, hlm. vi.

⁴⁰ Hamid S Attamimi, *Peranan Keputusan Presiden...*, *Op., cit*, hlm. 333.

⁴¹ Jimly Asshiddiqie, *Perihal Undang-Undang di Indonesia*, Sekretariat Jenderal dan Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi RI, Jakarta, 2006, hlm. 206-207.

Tiap-tiap sila tidak boleh dilepaskan dari sila yang lain. Sila yang satu meliputi dan menjiwai sila yang lain. Misalnya Sila kelima Pancasila, yakni, “Keadilan Sosial Bagi Seluruh Rakyat Indonesia“, sila ini diliputi dan dijiwai oleh sila sebelumnya yang harus diimplementasikan melalui produk peraturan perundangan di bidang kesehatan yang sudah tentu harus dijiwai semangat, “Ketuhanan Yang Maha Esa“, “Kemanusiaan yang Adil dan Beradab“, “Persatuan Indonesia“, “Kerakyatan yang Dipimpin oleh Hikmat Kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan“. Dengan semangat, “Ketuhanan Yang Maha Esa“, maka produk peraturan perundangan tentang Naskah Akademik rancangan perda sistem layanan kesehatan daerah perbatasan, baik pranata hukumnya maupun penyelenggaraan penegakan hukumnya harus didasarkan pada nilai-nilai moral yang luhur.

Dalam membangun masyarakat berdasarkan Pancasila, nilai-nilai kemanusiaan mendapat tempat yang tinggi. Karena itu perlu terus dipupuk sikap dasar, bahwa bekerja tidak hanya dimaknai sebagai sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan hidup bagi diri dan keluarga semata, melainkan juga sebagai sarana untuk mengaktualisasikan diri (ibadah) sehingga seseorang merasa hidupnya menjadi lebih berharga khususnya bagi lingkungannya.

Dengan semangat Sila Persatuan Indonesia, mengandung prinsip nasionalisme, cinta bangsa dan tanah air, menggalang terus persatuan dan kesatuan bangsa. Nasionalisme adalah syarat mutlak bagi pertumbuhan dan kelangsungan hidup suatu Bangsa dalam abad modern sekarang ini, sebab tanpa rasa nasionalisme sesuatu bangsa akan hancur terpecah-belah dari dalam. Nasionalisme Pancasila mengharuskan Bangsa Indonesia menghilangkan penonjolan kesukuan, keturunan ataupun perbedaan warna kulit. Mengacu pada kerangka berpikir kefilosofan sila ketiga Pancasila itu, maka keseluruhan proses penegakan hukum melalui peraturan perundangannya, harus mampu menumbuhkan semangat nasionalisme bangsa, tanpa harus memandang rendah bangsa lain.

Dari perspektif nilai-nilai cita hukum, khususnya berkaitan dengan keadilan di atas, maka teori ini dapat digunakan untuk menganalisis mengenai Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan.

3. Teori Hukum Pembangunan

Sejarah perkembangan hukum di Indonesia, salah satu teori hukum yang banyak mengundang atensi dari para pakar dan masyarakat adalah Teori Hukum Pembangunan⁴² dari Mochtar

⁴² Istilah lain yang digunakan untuk menyebut Teori Hukum Pembangunan adalah Teori Pembangunan Hukum dan Konsep Pembangunan Hukum. Pembangunan Hukum lebih ditujukan untuk

Kusumaatmadja. Ada beberapa argumentasi krusial mengapa Teori Hukum Pembangunan tersebut banyak mengundang banyak perhatian yang apabila dijabarkan aspek tersebut secara global adalah sebagai berikut:⁴³ *Pertama*, Teori Hukum Pembangunan sampai saat ini adalah teori hukum yang eksis di Indonesia karena diciptakan oleh orang Indonesia dengan melihat dimensi dan kultur masyarakat Indonesia.

Oleh karena itu, dengan tolak ukur dimensi teori hukum pembangunan tersebut lahir, tumbuh dan berkembang sesuai dengan kondisi Indonesia maka hakikatnya jikalau diterapkan dalam aplikasinya akan sesuai dengan kondisi dan situasi masyarakat Indonesia yang pluralistik. *Kedua*, secara dimensional maka Teori Hukum Pembangunan memakai kerangka acuan pada pandangan hidup (*way of life*) masyarakat serta bangsa Indonesia berdasarkan asas Pancasila yang bersifat kekeluargaan maka terhadap norma, asas, lembaga dan kaidah yang terdapat dalam Teori Hukum Pembangunan tersebut relatif sudah merupakan dimensi yang meliputi struktur (*structure*), kultur (*culture*) dan substansi (*substance*) sebagaimana dikatakan oleh Lawrence W. Friedman. *Ketiga*, pada dasarnya *Teori Hukum Pembangunan* memberikan dasar fungsi hukum sebagai “sarana pembaharuan masyarakat” (*law as a tool social engineering*) dan hukum sebagai suatu sistem sangat diperlukan bagi bangsa Indonesia sebagai negara yang sedang berkembang.

Jika dikaitkan dengan topik kajian Naskah Akademik rancangan perda pengelolaan Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan ini, maka teori hukum pembangunan ini sangat berguna untuk menganalisis prinsip-prinsip dalam pengelolaan Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan di Mahakam Ulu.

Dikaji dari perspektif sejarahnya, maka sekitar tahun 70, lahir Teori Hukum Pembangunan dan elaborasinya bukanlah dimaksudkan penggagasnya sebagai sebuah “teori” melainkan “konsep” pembinaan hukum yang dimodifikasi dan diadaptasi dari teori Roscoe Pound “*Law as a tool of social engineering*” yang berkembang di Amerika Serikat. Apabila dijabarkan lebih lanjut maka secara teoritis Teori Hukum Pembangunan dari Mochtar Kusumaatmadja dipengaruhi cara berpikir dari Herold D. Lasswell dan Myres S. Mc Dougal (*Policy Approach*) ditambah dengan teori Hukum dari Roscoe Pound. Mochtar

memantapkan dan mengamankan pelaksanaan pembangunan dan hasil-hasilnya, menciptakan kondisi masyarakat yang membuat anggota masyarakat dapat menikmati iklim kepastian dan ketertiban hukum, lebih mengarahkan pembangunan untuk mencapai kemakmuran yang adil dan merata, menumbuhkembangkan disiplin dan rasa tanggung jawab sosial setiap anggota masyarakat, mengayomi masyarakat, memberi rasa aman dan tenang, menciptakan iklim yang mendorong kreativitas, mendorong partisipasi masyarakat, dan mendukung stabilitas nasional yang dinamis. (Bab IV GBHN)

⁴³ Lilik Mulyadi, *Teori Hukum Pembangunan* PROF. DR. MOCHTAR KUSUMAATMADJA, S.H., LL.M., *Sebuah Kajian Deskriptif Analitis*, https://badilum.mahkamahagung.go.id/upload_file/img/article/doc/kajian_deskriptif_analitis_teor_i_hukum_pembangunan.pdf. Diunduh tgl 16 Februari 2010

Kusumaatmadja mengolah semua masukan tersebut dan menyesuaikannya pada kondisi Indonesia.⁴⁴

Ada sisi menarik dari teori yang disampaikan Laswell dan Mc Dougal dimana diperlihatkan betapa pentingnya kerja sama antara pengemban hukum teoritis dan penstudi pada umumnya (*scholars*) serta pengemban hukum praktis (*specialists in decision*) dalam proses melahirkan suatu kebijakan publik, yang di satu sisi efektif secara politis, namun di sisi lainnya juga bersifat mencerahkan. Oleh karena itu, maka Teori Hukum Pembangunan dari Mochtar Kusumaatmadja, memperagakan pola kerja sama dengan melibatkan keseluruhan *stakeholders* yang ada dalam komunitas sosial tersebut.

Proses tersebut, maka Mochtar Kusumaatmadja menambahkan adanya tujuan pragmatis (demi pembangunan) sebagaimana masukan dari Roscoe Pound dan Eugen Ehrlich dimana terlihat korelasi antara pernyataan Laswell dan Mc Dougal bahwa kerja sama antara penstudi hukum dan pengemban hukum praktis itu idealnya mampu melahirkan teori hukum (*theory about law*), teori yang mempunyai dimensi pragmatis atau kegunaan praktis. Mochtar Kusumaatmadja secara cemerlang mengubah pengertian hukum sebagai alat menjadi hukum sebagai sarana untuk membangun masyarakat.

Pokok-pokok pikiran yang melandasi konsep tersebut adalah bahwa ketertiban dan keteraturan dalam usaha pembangunan dan pembaharuan memang diinginkan, bahkan mutlak perlu, dan bahwa hukum dalam arti norma diharapkan dapat mengarahkan kegiatan manusia kearah yang dikehendaki oleh pembangunan dan pembaharuan itu. Oleh karena itu, diperlukan sarana berupa peraturan hukum yang berbentuk tertulis, sesuai dengan hukum yang hidup dalam masyarakat. Lebih jauh, Mochtar berpendapat bahwa pengertian hukum sebagai sarana lebih luas dari hukum sebagai alat karena:⁴⁵

1. Di Indonesia peranan perundang-undangan dalam proses pembaharuan hukum lebih menonjol, misalnya jika dibandingkan dengan Amerika Serikat yang menempatkan yurisprudensi (khususnya putusan *the Supreme Court*) pada tempat lebih penting.
2. Konsep hukum sebagai “alat” akan mengakibatkan hasil yang tidak jauh berbeda dengan penerapan “*legisme*” sebagaimana pernah diadakan pada zaman Hindia Belanda, dan di Indonesia ada sikap yang menunjukkan kepekaan masyarakat untuk menolak penerapan konsep seperti itu.
3. Apabila “hukum” di sini termasuk juga hukum internasional, maka konsep hukum sebagai sarana pembaharuan masyarakat sudah diterapkan jauh sebelum konsep ini diterima secara resmi sebagai landasan kebijakan hukum nasional.

⁴⁴ Shidarta dalam Lilik Mulyadi, *Teori Hukum Pembangunan..... ibid.*

⁴⁵ Shidarta dalam Lilik Mulyadi, *Ibid.*

Lebih detail Mochtar Kusumaatmadja mengatakan, bahwa:⁴⁶

“Hukum merupakan suatu alat untuk memelihara ketertiban dalam masyarakat. Mengingat fungsinya sifat hukum, pada dasarnya adalah konservatif artinya, hukum bersifat memelihara dan mempertahankan yang telah tercapai. Fungsi demikian diperlukan dalam setiap masyarakat, termasuk masyarakat yang sedang membangun, karena di sini pun ada hasil-hasil yang harus dipelihara, dilindungi dan diamankan. Akan tetapi, masyarakat yang sedang membangun yang dalam definisi kita berarti masyarakat yang sedang berubah cepat, hukum tidak cukup memiliki fungsi demikian saja. Ia juga harus dapat membantu proses perubahan masyarakat itu. Pandangan yang kolot tentang hukum yang menitikberatkan fungsi pemeliharaan ketertiban dalam arti statis, dan menekankan sifat konservatif dari hukum, menganggap bahwa hukum tidak dapat memainkan suatu peranan yang berarti dalam proses pembaharuan.”

Perkembangan berikutnya, konsep hukum pembangunan ini akhirnya diberi nama oleh para murid-muridnya dengan "Teori Hukum Pembangunan" atau lebih dikenal dengan Mazhab UNPAD. Ada 2 (dua) aspek yang melatarbelakangi kemunculan teori hukum pembangunan, yaitu:⁴⁷ (1) Adanya asumsi bahwa hukum tidak dapat berperan bahkan menghambat perubahan masyarakat; (2) Kenyataan di masyarakat Indonesia telah terjadi perubahan alam pemikiran masyarakat ke arah hukum modern.

Mochtar Kusumaatmadja mengemukakan tujuan pokok hukum bila direduksi pada satu hal saja adalah ketertiban yang dijadikan syarat pokok bagi adanya masyarakat yang teratur. Tujuan lain hukum adalah tercapainya keadilan yang berbeda-beda isi dan ukurannya, menurut masyarakat dan zamannya. Selanjutnya untuk mencapai ketertiban diusahakan adanya kepastian hukum dalam pergaulan manusia di masyarakat, karena tidak mungkin manusia dapat mengembangkan bakat dan kemampuan yang diberikan Tuhan kepadanya secara optimal tanpa adanya kepastian hukum dan ketertiban.⁴⁸

Fungsi hukum dalam masyarakat Indonesia yang sedang membangun tidak cukup untuk menjamin kepastian dan ketertiban. Menurut Mochtar Kusumaatmadja, hukum diharapkan agar berfungsi lebih dari pada itu yakni sebagai “sarana pembaharuan masyarakat” *“law as a tool of social engineering”* atau “sarana pembangunan” dengan pokok-pokok pikiran bahwa hukum merupakan “sarana pembaharuan masyarakat” didasarkan kepada anggapan bahwa adanya keteraturan

⁴⁶ Mochtar Kusumaatmadja, *Konsep-Konsep Hukum dalam Pembangunan (Kumpulan Karya Tulis)* Penerbit Alumni, Bandung, 2002, hlm. 14

⁴⁷ Lili Rasjidi dan IB. Wyasa Putra, *Hukum sebagai Suatu Sistem*, Mandar Maju, Bandung, 2003, hlm. 182

⁴⁸ Mochtar Kusumaatmadja dalam Lilik Mulyadi, *Op.cit.*

atau ketertiban dalam usaha pembangunan dan pembaharuan itu merupakan suatu yang diinginkan atau dipandang (mutlak) perlu.⁴⁹ Anggapan lain yang terkandung dalam konsepsi hukum sebagai sarana pembaharuan adalah bahwa hukum dalam arti kaidah atau peraturan hukum memang bisa berfungsi sebagai alat (*pengatur*) atau sarana pembangunan dalam arti penyalur arah kegiatan manusia ke arah yang dikehendaki oleh pembangunan dan pembaharuan.

Tolok ukur konteks di atas menunjukkan ada 2 (dua) dimensi sebagai inti Teori Hukum Pembangunan yang diciptakan oleh Mochtar Kusumaatmadja, yaitu:⁵⁰

- a. Ketertiban atau keteraturan dalam rangka pembaharuan atau pembangunan merupakan sesuatu yang diinginkan, bahkan dipandang mutlak adanya;
- b. Hukum dalam arti kaidah atau peraturan hukum memang dapat berfungsi sebagai alat pengatur atau sarana pembangunan dalam arti penyalur arah kegiatan manusia yang dikehendaki ke arah pembaharuan.

Pendapat senada dikemukakan oleh Sjachran Basah, yang menyatakan “fungsi hukum yang diharapkan selain dalam fungsinya yang klasik, juga dapat berfungsi sebagai pengarah dalam membangun untuk membentuk masyarakat yang hendak dicapai sesuai dengan tujuan kehidupan bernegara”. Hubungan dengan fungsi hukum yang telah dikemukakannya, Mochtar Kusumaatmadja memberikan definisi hukum dalam pengertian yang lebih luas, tidak saja merupakan keseluruhan asas-asas dan kaidah-kaidah yang mengatur kehidupan manusia dalam masyarakat, melainkan meliputi pula lembaga-lembaga (*institution*) dan proses-proses (*processes*) yang mewujudkan *berlakunya kaidah-kaidah* itu dalam kenyataan. Suatu pendekatan normatif semata-mata tentang hukum tidak cukup apabila hendak melakukan pembinaan hukum secara menyeluruh.⁵¹

Pada bagian lain, Mochtar Kusumaatmadja juga mengemukakan bahwa “hukum yang memadai harus tidak hanya memandang hukum itu sebagai suatu perangkat kaidah dan asas-asas yang mengatur kehidupan manusia dalam masyarakat, tetapi harus pula mencakup lembaga (*institution*) dan proses (*process*) yang diperlukan untuk mewujudkan hukum itu dalam kenyataan”.

Pengertian hukum di atas menunjukkan bahwa untuk memahami hukum secara *holistik* tidak hanya terdiri dari *asas* dan *kaidah*, tetapi juga meliputi *lembaga* dan *proses*. Keempat komponen hukum itu bekerja sama secara integral untuk *mewujudkan kaidah* dalam

⁴⁹ Mochtar Kusumaatmadja, *Hukum, Masyarakat, dan Pembinaan Hukum Nasional*, Penerbit Binacipta, Bandung, 1995, hlm. 13

⁵⁰ Mochtar Kusumaatmadja, *Ibid*, hlm. 14

⁵¹ Sjachran Basah, *Perlindungan Hukum terhadap Sikap Tindak Administrasi Negara*, Penerbit Alumni, Bandung, 1992, hlm. 13

kenyataannya dalam arti pembinaan hukum yang pertama dilakukan melalui hukum tertulis berupa peraturan perundang-undangan.

Sedangkan keempat komponen hukum yang diperlukan untuk *mewujudkan hukum* dalam kenyataan, berarti pembinaan hukum setelah melalui pembaharuan hukum tertulis dilanjutkan pada hukum yang tidak tertulis, utamanya melalui mekanisme *yurisprudensi*.⁵²

Teori hukum pembangunan berlandaskan kepada teori-teori hukum dan keadaan-keadaan sebagai berikut:⁵³

1. Teori kebudayaan dari *Northrop*, dalam hal ini hukum bukan hanya dianggap sebagai norma tetapi juga institusi;
2. Teori orientasi kebijaksanaan (*policy oriented*) dari Mc. Dougal dan Laswell. Hukum dipandang sebagai suatu proses;
3. Teori hukum pragmatis dari Roscoe Pound dan Eugen Ehrlich. Hukum berkaitan dengan kondisi dan gejala-gejala kemasyarakatan dan juga hukum berfungsi sebagai sarana pembangunan;
4. Penyesuaian dengan kondisi di Indonesia. Antara lain lebih menonjolkan faktor undang-undang dari yurisprudensi. Sebagaimana diketahui bahwa di negara-negara yang berlaku sistem hukum *Anglo Saxon*, yurisprudensi sangat memegang peranan yang penting.

Terdapat perbedaan antara teori hukum *Roscoe Pound* dengan teori hukum Mochtar Kusumaatmadja, yaitu dalam proses pembangunan dan pengembangan hukum faktor undang-undang jauh lebih penting dibandingkan dengan yurisprudensi. Hal ini berbeda di negara asal teori *Roscoe Pound*, dimana kedudukan yurisprudensi jauh lebih penting dari yang terjadi di Indonesia. Perbedaan lain yang sangat jelas menonjol adalah mengenai penolakan terhadap penggunaan hukum hanya sebagai "alat" (*tool*), (dalam konsep *Roscoe Pound* bahwa hukum sebagai alat (*tool*) untuk merekayasa masyarakat (*social engineering*). Penggunaan hukum hanya sebagai "alat" akan bersifat mekanistik dan menjurus kepada pengakuan paham "*legisme*" yang berlaku di zaman penjajahan Belanda yang telah ditentang keras oleh banyak kalangan.⁵⁴

Inti dari teori hukum pembangunan yang dikemukakan oleh Mochtar Kusumaatmadja adalah bahwa tidak hanya kaidah hukum, atau peraturan hukum, tetapi juga lembaga atau institusi dan proses, mempunyai andil yang besar dalam menunjang tujuan yang ingin dicapai dalam pembangunan.⁵⁵ Dengan kata lain hukum secara luas tidak hanya kaidah tetapi juga institusi dan proses.⁵⁶

⁵² Lilik Mulyadi, *Op.cit*, hlm. 6

⁵³ Lili Rasjiidi dan IB Wyasa Putra, *Op.cit*, hal 183

⁵⁴ Munir Fuady, *Dinamika Teori Hukum*, Ghalia Indonesia, Bogor, 2007, hlm. 165.

⁵⁵ Mochtar Kusumaatmadja, *Fungsi Hukum dalam Pembangunan.*, Bina Cipta Jakarta, 1976, hlm.7

⁵⁶ Mochtar Kusumaatmadja, *Ibid*, hlm. 8

Menurut Sunaryati Hartono, makna pembangunan hukum meliputi empat usaha, yaitu sebagai berikut:⁵⁷

1. menyempurnakan (membuat sesuatu yang lebih baik);
2. mengubah agar menjadi lebih baik dan modern;
3. mengadakan sesuatu yang sebelumnya belum ada; dan
4. meniadakan sesuatu yang terdapat dalam sistem lama, karena tidak diperlukan dan tidak cocok dengan sistem baru.

Dengan mendasarkan pada keempat usaha tersebut, maka pembangunan hukum merupakan suatu proses yang dinamis, yang harus dilakukan terus menerus dan bahkan merupakan proses yang tidak akan pernah selesai, karena setiap kemajuan akan menuntut perubahan-perubahan yang lebih maju dalam masyarakat yang terus berubah.⁵⁸

Dalam hubungannya dengan Naskah Akademik ini, maka teori perlindungan hukum akan digunakan membahas bagaimana Pemerintah Daerah Mahakam Ulu, memberi perlindungan hukum secara bebas, seimbang, adil dan berkedudukan setara, baik bersifat preventif maupun represif kepada masyarakat.

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

Peraturan Daerah merupakan media bagi Pemerintah Daerah untuk mengajukan usulan-usulan, kebijakan-kebijakan dan/atau aspirasi-aspirasi masyarakat untuk tujuan pembangunan daerah. Diharapkan dari Peraturan Daerah tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, pemerintah daerah Kabupaten Mahakam Ulu, ke depan akan mampu menetapkan aturan-aturan yang dapat menunjang pembangunan daerah ke arah yang lebih baik dan lebih maju. Meskipun dalam kenyataannya Kabupaten Mahakam Ulu sebagai daerah yang baru 6 tahun dimekarkan, masih membutuhkan banyak dukungan untuk mengejar ketertinggalannya khususnya di bidang kesehatan agar masyarakatnya bisa hidup sehat dengan angka harapan hidup yang tinggi.

Sebuah peraturan daerah harus tepat sasaran yang diinginkan dari dibentuk dan ditetapkannya peraturan daerah tersebut, dan yang lebih penting lagi adalah membawa manfaat dan maslahat bagi masyarakat. Ini merupakan tugas berat bagi pemerintah daerah Mahakam Ulu untuk membentuk peraturan daerah yang baik dan benar-benar adil, agar produk rancangannya sesuai dengan asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, sebagaimana tercantum Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

⁵⁷ Sunaryati Hartono, *Hukum Ekonomi Pembangunan Indonesia*, Binacipta Bandung, 1982.

⁵⁸ Sukarmi, *Cyber Law, Kontrak Elektronik dalam bayang-bayang pelaku usaha*, Pustaka Sutra, Bandung, 2008, hlm. 17

Berdasarkan Teori Pembentukan Perundang-Undangan, maka Dalam pembentukan peraturan perundang-undangan perlu berpedoman pada asas-asas pembentukan peraturan yang baik dan ideal. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari kesalahan dan kecacatan dalam pembentukan norma. Asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik menurut I.C. van der Vlies dalam bukunya yang berjudul *Handboek Wetgeving* dibagi dalam dua kelompok yaitu:⁵⁹

1. Asas-asas Formil

Asa formulir pembentukan peraturan perundang-undangan terdiri dari :

- a. Asas tujuan yang jelas (*beginsel van duidelijke doelstelling*), yakni setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus mempunyai tujuan dan manfaat yang jelas untuk apa dibuat;
- b. Asas organ/lembaga yang tepat (*beginsel van het juiste orgaan*), yakni setiap jenis peraturan perundang-undangan harus dibuat oleh lembaga atau organ pembentuk peraturan perundang-undangan yang berwenang; peraturan perundang-undangan tersebut dapat dibatalkan (*vernietigbaar*) atau batal demi hukum (*vanrechtswege nieteg*), bila dibuat oleh lembaga atau organ yang tidak berwenang;
- c. Asas kedesakan pembuatan pengaturan (*het noodzakelijkheidsbeginsel*);
- d. Asas kedapatlaksanaan (dapat dilaksanakan) (*het beginsel van uitvoerbaar haid*), yakni setiap pembentukan peraturan perundang-undangan harus didasarkan pada perhitungan bahwa peraturan perundang-undangan yang dibentuk nantinya dapat berlaku secara efektif di masyarakat karena telah mendapat dukungan baik secara filosofis, yuridis, maupun sosiologis sejak tahap penyusunannya;
- e. Asas konsensus (*het beginsel van de consensus*).

2. Asas-asas Materiil

Asas materiil pembentukan peraturan perundang-undangan terdiri dari:

- a. Asas terminologi dan sistematika yang benar (*het beginsel van duidelijke terminologie en duidelijke systematiek*);
- b. Asas dapat dikenali (*het beginsel van de kenbaarheid*);
- c. Asas perlakuan yang sama dalam hukum (*het rechtsgelijkheidsbeginsel*);
- d. Asas kepastian hukum (*het rechtszekerheidsbeginsel*);

⁵⁹ <http://zalirais.wordpress.com/2020/09/12/asas-asas-dan-teori-pembentukan-perundang-undangan>
di unduh pada 12 September, 2020

- e. Asas pelaksanaan hukum sesuai dengan keadaan individual (*het beginsel van de individuele rechtsbedeling*).

Selain itu Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, mengingatkan kepada pembuat undang-undang agar selalu memperhatikan asas pembentukan peraturan perundangundangan yang baik dan asas materi muatan.

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

- a. Asas kejelasan tujuan
bahwa setiap Pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus mempunyai tujuan yang jelas yang hendak dicapai.
- b. Asas kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat
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.
- c. Asas kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan.
bahwa dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus benar-benar memperhatikan materi muatan yang tepat sesuai dengan jenis dan hierarki Peraturan Perundang-undangan.
- d. Asas dapat dilaksanakan.
bahwa setiap Pembentukan Peraturan Perundang-undangan harus memperhitungkan efektivitas Peraturan Perundang-Undangan tersebut di dalam masyarakat, baik secara filosofis, sosiologis, maupun yuridis;
- e. Asas kedayagunaan dan kehasilgunaan.
bahwa setiap Peraturan perundang-undangan dibuat karena memang benar-benar dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.
- f. Asas kejelasan rumusan.
bahwa setiap Peraturan Perundang-undangan harus memenuhi persyaratan teknis penyusunan Peraturan Perundang-undangan, sistematika, pilihan kata atau istilah, serta bahasa hukum yang jelas dan mudah dimengerti sehingga tidak menimbulkan berbagai macam interpretasi dalam pelaksanaannya.
- g. Asas keterbukaan,
bahwa dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mulai dari perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan bersifat transparan dan terbuka. Dengan demikian, seluruh lapisan masyarakat mempunyai

kesempatan yang seluas-luasnya untuk memberikan masukan dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Adapun materi muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan asas:⁶⁰

1. Asas pengayoman
bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang Undangan harus berfungsi memberikan perlindungan untuk menciptakan ketentraman masyarakat
2. Asas kemanusiaan
bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang Undangan harus mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk Indonesia secara proporsional
3. Asas kebangsaan
bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan sifat dan watak bangsa Indonesia yang majemuk dengan tetap menjaga prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia
4. Asas kekeluargaan
bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang Undangan harus mencerminkan musyawarah untuk mencapai mufakat dalam setiap pengambilan keputusan;
5. Asas kenusantaraan
bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang Undangan senantiasa memperhatikan kepentingan seluruh wilayah Indonesia dan Materi muatan Peraturan Perundang-undangan yang dibuat di daerah merupakan bagian dari sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
6. Asas bhinneka tunggal ika
bahwa Materi Muatan Peraturan Perundang Undangan harus memperhatikan keragaman penduduk, agama, suku dan golongan, kondisi khusus daerah serta budaya dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara;
7. Asas keadilan

⁶⁰ Pasal 6 Ayat (1) Uu No. 11 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan

bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara;

8. Asas kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan 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;
9. Asas ketertiban dan kepastian hukum bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus dapat mewujudkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan kepastian;
10. Asas keseimbangan, keserasian, dan keselarasan bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan keseimbangan, keserasian, dan keselarasan, antara kepentingan individu, masyarakat dan kepentingan bangsa dan negara;
11. Asas lain sesuai dengan bidang hukum Peraturan Perundang-undangan yang bersangkutan, antara lain:
 - a. dalam Hukum Pidana, misalnya, asas legalitas, asas tiada hukuman tanpa kesalahan, asas pembinaan narapidana, dan asas praduga tak bersalah;
 - b. dalam Hukum Perdata, misalnya, dalam hukum perjanjian, antara lain, asas kesepakatan, kebebasan berkontrak, dan itikad baik.

Asas-asas tersebut merupakan dasar berpijak bagi pembentuk peraturan perundang-undangan dan penentu kebijakan dalam membentuk peraturan perundang-undangan. Semua asas di atas, harus terpateri dalam diri penentu kebijakan yang akan membentuk peraturan perundang undangan yang biasanya diwujudkan dalam bentuk-bentuk pertanyaan dalam setiap langkah yang ditempuh. Misalnya, apakah pentingnya membentuk peraturan ini? Tujuannya apa? Apakah bermanfaat bagi kemaslahatan masyarakat? Tidakkah instrumen lain, selain peraturan, sudah cukup? Dalam menyusun substansi yang diinginkan oleh penentu kebijakan, pembentuk peraturan perundang-undangan harus selalu bertanya, apakah rumusan tersebut sudah jelas dan tidak menimbulkan penafsiran?

Di luar asas-asas di atas, dalam ilmu hukum atau ilmu perundangundangan, diakui adanya beberapa teori atau asas-asas yang selalu mengikuti dan mengawali pembentukan peraturan

perundang-undangan dan secara umum teori dan asas-asas tersebut dijadikan acuan oleh pembentuk peraturan perundang-undangan.

Dalam membentuk peraturan perundang-undangan, ada beberapa teori yang perlu dipahami oleh perancang yakni teori jenjang norma. Hans Nawiasky, salah satu murid Hans Kelsen, mengembangkan teori gurunya tentang teori jenjang norma dalam kaitannya dengan suatu negara. Hans Nawiasky dalam bukunya "*Allgemeine Rechtslehre*" mengemukakan bahwa sesuai dengan teori Hans Kelsen, suatu norma hukum negara selalu berlapis-lapis dan berjenjang yakni norma yang di bawah berlaku, berdasar, dan bersumber pada norma yang lebih tinggi dan begitu seterusnya sampai pada suatu norma yang tertinggi yang disebut norma dasar.

Berdasarkan teori tersebut, Hans Nawiasky menambahkan bahwa selain norma itu berlapis-lapis dan berjenjang, norma hukum juga berkelompok-kelompok. Nawiasky mengelompokkan menjadi 4 kelompok besar yakni :

1. *Staatsfundamentalnorm* (norma fundamental negara);
2. *Staatsgrundgesetz* (aturan dasar negara);
3. *Formell Gesetz (undang-undang formal)*;
4. *Verordnung dan Autonome Satzung (aturan pelaksana dan aturan otonom)*.

Kelompok norma di atas hampir selalu ada dalam tata susunan norma hukum di setiap negara, walaupun istilahnya dan jumlah norma yang berbeda dalam setiap kelompoknya.

Di Indonesia, norma fundamental negara adalah Pancasila dan norma ini harus dijadikan falsafah untuk menjadi acuan bagi perancang dalam membentuk peraturan perundang-undangan. Penempatan Pancasila sebagai sumber dari segala sumber hukum negara adalah sesuai dengan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 alinea keempat yaitu Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia, Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/ Perwakilan, dan Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Menempatkan Pancasila sebagai dasar dan ideologi negara serta sekaligus dasar filosofis negara sehingga setiap materi muatan Peraturan Perundang-undangan tidak boleh bertentangan dengan nilai-nilai yang terkandung dalam Pancasila.

Dengan demikian asas pembentukan peraturan perundang-undangan dalam Pengelolaan mutu pelayanan kesehatan antara lain; (1) kejelasan tujuan; (2) kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat; (3) kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan; (4) dapat dilaksanakan; (5) kedayagunaan dan kehasilgunaan; (6) kejelasan rumusan; dan (7) keterbukaan.

Selain mencerminkan asas sebagaimana dimaksud di atas, Peraturan Perundang-undangan tertentu dapat berisi asas lain sesuai dengan bidang hukum Peraturan Perundang-undangan yang bersangkutan.⁶¹ Asas-asas lain yang sesuai dengan bidang hukum Peraturan Perundang-undangan yang bersangkutan itu antara lain:

- a. Dalam Hukum Pidana, misalnya, asas legalitas, asas tiada hukuman tanpa kesalahan, asas pembinaan narapidana, dan asas praduga tak bersalah.
- b. Dalam Hukum Perdata, misalnya, dalam hukum perjanjian, antara lain, asas kesepakatan, kebebasan berkontrak, dan itikad baik.

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

1. Praktik Penyelenggaraan mutu pelayanan kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dan mendukung pembangunan ekonomi, serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Pembangunan kesehatan dihadapkan pada berbagai permasalahan penting antara lain disparitas status kesehatan; beban ganda penyakit; kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; perlindungan masyarakat di bidang obat dan makanan; serta perilaku hidup bersih dan sehat. Beberapa masalah penting lainnya yang perlu ditangani segera adalah peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, penanganan masalah gizi buruk, penanggulangan wabah penyakit menular, pelayanan kesehatan di daerah bencana, dan pemenuhan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan.

Langkah-langkah yang telah ditempuh adalah peningkatan akses kesehatan terutama bagi penduduk miskin melalui pelayanan kesehatan gratis; peningkatan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular termasuk polio dan flu burung; peningkatan kualitas, keterjangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar; peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan; penjaminan mutu, keamanan dan khasiat obat dan makanan; penanganan kesehatan di daerah bencana; serta peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

Sebagai tindak lanjut, pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan; meningkatkan perilaku

⁶¹ Pasal 6 Ayat (2) Uu No. 11 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan

hidup bersih dan sehat; meningkatkan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit; meningkatkan keadaan gizi masyarakat; dan meningkatkan penanganan masalah kesehatan di daerah bencana..

2. Kondisi Mutu Pelayanan Kesehatan

Kondisi Permasalahan utama pembangunan kesehatan saat ini antara lain adalah masih tingginya disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antara perkotaan dengan perdesaan. Secara umum status kesehatan penduduk dengan tingkat sosial ekonomi tinggi, di kawasan barat Indonesia, dan di kawasan perkotaan, cenderung lebih baik. Sebaliknya, status kesehatan penduduk dengan sosial ekonomi rendah, di kawasan timur Indonesia dan di daerah pedesaan masih tertinggal.

Permasalahan penting lainnya yang dihadapi adalah terjadinya beban ganda penyakit, yaitu belum teratasinya penyakit menular yang diderita oleh masyarakat seperti tuberkulosis paru, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, dan diare, serta munculnya kembali penyakit polio dan flu burung. Namun, pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, serta diabetes melitus dan kanker.

Di sisi lain, kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan juga masih rendah. Kualitas pelayanan menjadi kendala karena tenaga medis sangat terbatas dan peralatan kurang memadai. Dari sisi jumlah, rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk yang harus dilayani masih rendah. Keterjangkauan pelayanan terkait erat dengan jumlah dan pemerataan fasilitas kesehatan. Namun demikian, ada hal menarik karena semua kecamatan sudah memiliki puskesmas bahkan ada diantaranya yang memiliki puskesmas pembantu. Sedangkan wilayah yang sulit dijangkau karena musim kemarau atau musim hujan, maka diinisiasi dengan puskesmas apung, mengingat banyak wilayah yang harus dilewati melalui sungai. Itu pun sebagian penduduk, terutama yang tinggal daerah terpencil, tidak memanfaatkan Puskesmas karena keterbatasan sarana transportasi dan kendala geografis.

Perlindungan masyarakat di bidang obat dan makanan masih rendah, kondisi kesehatan masyarakat makin rentan akibat meningkatnya kemungkinan konsumsi obat dan makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan. Ketersediaan, mutu, keamanan obat, dan perbekalan kesehatan masih belum optimal serta belum dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat. Selain itu, obat asli Indonesia (OAI) belum sepenuhnya dikembangkan dengan baik meskipun potensi yang dimiliki sangat besar.

Perilaku masyarakat juga sering tidak mendukung hidup bersih dan sehat. Hal ini dapat terlihat dari meluasnya kebiasaan merokok, rendahnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, tingginya prevalensi gizi kurang dan gizi lebih pada balita, serta kecenderungan

meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS, penderita penyalahgunaan narkotika, psikotropika, zat adiktif (Napza), dan kematian akibat kecelakaan.

Selain permasalahan mendasar seperti itu, dalam sepuluh bulan terakhir, paling tidak terdapat lima isu penting di bidang kesehatan yang perlu penanganan segera, yaitu penjaminan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, penanganan masalah gizi buruk, penanggulangan wabah penyakit menular, pelayanan kesehatan di daerah bencana, dan pemenuhan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan.

3. Rencana Strategis yang Telah Dilaksanakan

Secara nasional status kesehatan masyarakat telah meningkat. Akan tetapi, disparitas status kesehatan antara penduduk mampu dan penduduk miskin masih cukup besar. Berbagai data menunjukkan bahwa status kesehatan penduduk miskin lebih rendah jika dibandingkan dengan penduduk kaya. Hal ini antara lain dapat dilihat dari tingginya angka kematian bayi dan angka kematian balita pada kelompok penduduk miskin. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003, angka kematian bayi pada kelompok termiskin adalah 61 berbanding 17 per 1.000 kelahiran hidup pada kelompok terkaya. Demikian juga, angka kematian balita pada penduduk termiskin (77 per 1.000 kelahiran hidup) jauh lebih tinggi daripada angka kematian balita pada penduduk terkaya (22 per 1.000 kelahiran hidup). Penyakit infeksi yang merupakan penyebab kematian utama pada bayi dan balita, seperti ISPA, diare, tetanus neonatorum dan penyulit kelahiran, juga lebih sering terjadi pada penduduk miskin.

Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terkait erat dengan terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan, baik karena kendala geografis maupun kendala biaya (*cost barrier*). Data hasil susenas bulan Maret 2019 menunjukkan bahwa kendala terbesar yang dihadapi penduduk miskin untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan adalah ketiadaan uang (34 persen), jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terlalu jauh (18 persen), serta adanya hambatan dengan sarana angkutan atau transportasi (16 persen).

Data Susenas 2019 menunjukkan bahwa kendala biaya menjadi permasalahan yang cukup serius, terutama bagi penduduk miskin, karena selama ini sebagian besar (87,2 persen) pembiayaan kesehatan bersumber dari penghasilan penduduk sendiri. Pembiayaan yang berasal dari jaminan pemeliharaan kesehatan (kartu sehat yang dikeluarkan Pemerintah) hanya sebesar 6,3 persen dan yang berasal dari asuransi sebesar 5,2 persen. Artinya, penduduk harus menanggung biaya yang besar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini tentu amat memberatkan bagi penduduk miskin karena mereka harus mengeluarkan biaya yang besar untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

Dengan demikian kualitas tenaga kesehatan juga masih perlu ditingkatkan. Saat ini, misalnya, masih banyak puskesmas yang tidak mempunyai dokter umum dan dokter gigi. Akibatnya, banyak puskesmas, terutama di daerah terpencil yang hanya dilayani oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya. Susenas 2019 menunjukkan bahwa masih banyak penduduk (29,8 persen) yang harus menunggu setengah hingga satu jam untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan. Sebagian masyarakat (8,1 persen) menyatakan kurang atau tidak puas dengan pelayanan kesehatan dan 33,21 persen menyatakan cukup puas.

4. Permasalahan Fasilitas Kesehatan

Pembangunan bidang kesehatan masih memerlukan peningkatan mengingat fasilitas kesehatan yang dimiliki masih sangat terbatas bila dibandingkan dengan jumlah penduduk dan luas daerah. Mahakam Ulu hingga saat ini belum memiliki rumah sakit, sehingga keberadaan puskesmas di masing-masing kecamatan menjadi sangat penting untuk pelayanan kesehatan. Masing-masing kecamatan memiliki puskesmas. Jumlah puskesmas pembantu 23 unit dan terbanyak di Kecamatan Long Bagun, sedangkan Kecamatan Long Apari hanya memiliki 2 puskesmas pembantu. Selain itu jumlah dokter yang praktek masih sangat terbatas, tidak sebanding dengan jumlah penduduk. Toko obat dan apotek pun juga belum ada, sehingga masyarakat mengalami kesulitan dalam mendapatkan obat-obat tertentu. Mengingat kesehatan merupakan kebutuhan dasar masyarakat, pembangunan sarana dan prasarana kesehatan menjadi sangat penting, termasuk fasilitas penunjang.

Angka Harapan Hidup yang dicapai pada tahun 2014 sebesar 71,56; sedangkan pada tahun sebelumnya, yakni tahun 2013 sebesar 71,05. Peningkatan ini tidak lepas dari upaya Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu, khususnya Dinas Kesehatan dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat serta melaksanakan berbagai program yang berbasis pada kesehatan masyarakat dan lingkungan.

Tabel 2.1

Jumlah Fasilitas Kesehatan

Kecamatan	Rumh Sakit	Rumah Bersalin	Puskesmas	Puskesmas Pembantu	Klinik/Balai Kesehatan	Polindes
1. Laham	-	-	1	6	-	-
2. Long Hubung	-	-	1	10	-	-
3. Long Bangun			1	13		
4. Long Pahangai			1	14		
5. Long Apari			1	10		
Jumlah			5	53		

Sumber: Kabupaten Mahakam Ulu Dalam Angka Tahun 2018, Diolah

Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa sarana fasilitas kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu, masih sangat terbatas, dimana puskesmas lah yang menjadi sarana yang menjadi garda terdepan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Oleh karena tu diharapkan ke depan ada peningkatan sarana kesehatan agar masyarakat yang membutuhkan rujukan ke Puskesmas dapat dilanjutkan ke rumah sakit di dalam daerah Mahakam Ulu, sudah bisa ditangani di dalam daerah sendiri atau tidak perlu dirujuk ke daerah lainnya. Ini adalah tantangan yang dihadapi Kabupaten Mahakam Ulu dan semoga ke depan Pemda Mahakam Ulu akan terus berupaya membenahi kekurangan sarana kesehatannya.

BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

A. Kajian terhadap peraturan perundang-undangan terkait

DPRD dan pemerintah daerah mempunyai kewenangan yang luas dalam penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, pada praktik penyelenggaraan pemerintahan daerah, tidak jarang terjadi penerapan kewenangan yang tidak selaras dengan Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi ataupun dengan peraturan Perundang-undangan yang sama. Oleh karena itu, DPRD dan Kepala Daerah dalam membentuk Peraturan Daerah harus selalu memperhatikan asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan dan asas materi muatan Peraturan Perundang-undangan.

Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang pembentukan Peraturan Perundang-undangan, secara jelas telah mengatur mengenai materi muatan Peraturan Daerah dalam Pasal 14 yaitu: *"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"*.

Materi pembentukan peraturan daerah kabupateb, dilarang bertentangan dengan kepentingan umum dan/atau Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi kedudukannya, yaitu :

1. UUDN RI Tahun 1945;
2. TAP MPR;
3. Undang-Undang/Perpu;
4. Peraturan Pemerintah; dan
5. Peraturan Presiden.

Selain itu, di dalam Pasal 236 ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang menyatakan yaitu; *"Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh DPRD dengan persetujuan bersama kepala daerah."*

Pemerintah daerah berwenang membentuk peraturan daerah. Hal ini dapat dilihat dalam beberapa peraturan perundang-undangan yang menjadi dasarnya antara lain:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 memberikan kekuasaan yang sangat luas bagi pemerintah daerah untuk mengeluarkan peraturan daerah. Adapun pasal tersebut berbunyi, *"pemerintahan daerah berhak menetapkan Peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan"*.
2. Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Pasal 65 ayat (1), dan Pasal 240 yang masing-masing juga menyatakan hal serupa.

- a. Pasal 65 ayat (1) berbunyi :
- (1) Kepala daerah mempunyai tugas:
 - a. memimpin pelaksanaan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang ditetapkan bersama DPRD;
 - b. memelihara ketenteraman dan ketertiban masyarakat;
 - c. menyusun dan mengajukan rancangan Perda tentang RPJPD dan rancangan Perda tentang RPJMD kepada DPRD untuk dibahas bersama DPRD, serta menyusun dan menetapkan RKPD;
 - d. menyusun dan mengajukan rancangan Perda tentang APBD, rancangan Perda tentang perubahan APBD, dan rancangan Perda tentang pertanggungjawaban pelaksanaan APBD kepada DPRD untuk dibahas bersama;
 - e. mewakili Daerahnya di dalam dan di luar pengadilan, dan dapat menunjuk kuasa hukum untuk mewakilinya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
 - f. mengusulkan pengangkatan wakil kepala daerah; dan
 - g. melaksanakan tugas lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 240 berbunyi :

- (1) Penyusunan rancangan Perda dilakukan berdasarkan program pembentukan Perda.
- (2) Penyusunan rancangan Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari DPRD atau kepala daerah.
- (3) Penyusunan rancangan Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Berdasarkan ketentuan-ketentuan di atas, pembentukan peraturan daerah mengenai mutu pelayanan kesehatan tidak boleh bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Tap MPR, Undang-Undang/Perpu, Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden. Adapun peraturan perundang undangan yang menjadi Acuan Normatif Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu terdiri atas: (1) Peraturan Perundang-undangan yang merupakan dasar yang mengatur keberadaan daerah Kabupaten Mahakam Ulu itu sendiri yang mempunyai hak untuk menyusun Peraturan Daerah; dan (2) Peraturan-

peraturan perundang-undangan lainnya yang terkait dengan mutu pelayanan kesehatan.

Secara komprehensif, peraturan perundang-undangan yang menjadi acuan rancangan Perda Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, pada pasal 3 menyatakan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.
3. Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada pasal 6 menyatakan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat.
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112)
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. 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 dengan Undang-undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Undang-undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik)
7. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial, pasal 18 menyatakan bahwa pemerintah mendaftarkan penerima bantuan iuran dan anggota keluarganya sebagai peserta kepada BPJS.
8. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2013 tentang Pembentukan Kabupaten Mahakam Ulu di Provinsi Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 17, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5395)
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

10. Undang-Undang Nomor 43 Tahun 2008 tentang Wilayah Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 177)
11. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
12. Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307)
13. UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185)
14. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, pasal 4 yang menyatakan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah bersama-sama menjamin terwujudnya Kesehatan Reproduksi.
16. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 67 tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 173)
18. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
19. Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, pada pasal 6 yang menyatakan bahwa kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk.
20. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, pasal 15 yang menyatakan bahwa Pemerintah Daerah melaksanakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi di daerah masing-masing dengan mengacu pada rencana dan program kerja yang disusun oleh Gugus Tugas.
21. Peraturan Presiden Nomor 70 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Kewajiban Pelayanan Publik untuk Angkutan Barang dari dan ke Daerah Tertinggal, Terpencil, Terluar, dan Perbatasan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 165)
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 114 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa, pasal 6 yang menyatakan bahwa rancangan RPJM Desa memuat visi dan misi kepala Desa, arah kebijakan pembangunan Desa, serta rencana kegiatan yang meliputi bidang penyelenggaraan pemerintah Desa, pelaksanaan pembangunan Desa, pembinaan kemasyarakatan Desa, dan pemberdayaan masyarakat Desa. Salah satu pembangunan desa tersebut adalah

pembangunan, pemanfaatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana kesehatan antara lain: air bersih berskala desa, sanitasi lingkungan, pelayanan kesehatan desa, dan sarana dan prasarana kesehatan lainnya.

23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
25. Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu Nomor 9 Tahun 2016. tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah;
26. Peraturan Bupati Mahakam Ulu Nomor 47 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Mahakam Ulu Nomor 27 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah

Berdasarkan peraturan tersebut di atas, maka esensi sistem layanan kesehatan daerah perbatasan, berfungsi untuk memberi kontribusi terhadap : (1) peningkatan pertumbuhan ekonomi; (2) mengurangi kemiskinan, dan (3) mengatasi masalah kesehatan.

Dengan demikian sistem layanan kesehatan daerah perbatasan mau tidak mau harus diurus dan dikelola secara profesional. Hal ini mengingat layanan kesehatan bukan hanya mencari keuntungan tetapi yang lebih terpenting adalah bagaimana masyarakat mendapatkan akses pelayanan kesehatan secara baik dan terjangkau. Sistem layanan yang akan diatur akan mengatur mengenai mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat Mahakam Ulu. Peraturan daerah di bidang kesehatan ini, diharapkan dapat memberikan perspektif bagi pengembangan daerah yang diposisikan untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi atau menghapus kemiskinan.

B. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

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.

Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada mulanya berupa upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara berangsur-angsur berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat dengan mengikutsertakan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. Perkembangan ini tertuang ke dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pada tahun 1982 yang selanjutnya disebutkan ke dalam GBHN 1983 dan GBHN 1988 sebagai tatanan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan.

Selain itu, perkembangan teknologi kesehatan yang berjalan seiring dengan munculnya fenomena globalisasi telah menyebabkan banyaknya perubahan yang sifat dan eksistensinya sangat berbeda jauh dari teks yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Pesatnya kemajuan teknologi kesehatan dan teknologi informasi dalam era global ini ternyata belum terakomodatif secara baik oleh Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Perencanaan dan pembiayaan pembangunan kesehatan yang tidak sejiwa dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, yaitu menitikberatkan pada pengobatan (kuratif), menyebabkan pola pikir yang berkembang di masyarakat adalah bagaimana cara mengobati bila terkena penyakit. Hal itu tentu akan membutuhkan dana yang lebih besar bila dibandingkan dengan upaya pencegahan. Konsekuensinya, masyarakat akan selalu memandang persoalan pembiayaan kesehatan sebagai sesuatu yang bersifat konsumtif/pemborosan. Selain itu, sudut pandang para pengambil kebijakan juga masih belum menganggap kesehatan sebagai suatu kebutuhan utama dan investasi berharga di dalam menjalankan pembangunan sehingga alokasi dana kesehatan hingga kini masih tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara lain.

Untuk itu, sudah saatnya kita melihat persoalan kesehatan sebagai suatu faktor utama dan investasi berharga yang pelaksanaannya didasarkan pada sebuah paradigma baru yang biasa dikenal dengan paradigma sehat, yakni paradigma kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

Dalam rangka implementasi paradigma sehat tersebut, dibutuhkan sebuah undang-undang yang berwawasan sehat, bukan undang-undang yang berwawasan sakit.

Pada sisi lain, perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang ditandai dengan diberlakukannya

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

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.

Sebagai tindak lanjut dari pelaksanaan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014, Pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 yang mengatur tentang pembagian urusan antara pemerintah, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Berdasarkan hal tersebut, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan perlu disesuaikan dengan semangat otonomi daerah.

Oleh karena itu, perlu dibentuk kebijakan umum kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh semua pihak dan sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dan dengan semakin kompleksnya permasalahan kesehatan dalam suatu Undang-Undang Kesehatan yang baru untuk menggantikan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, LANDASAN SOSIOLOGIS DAN LANDASAN YURIDIS

A. Landasan Filosofis

Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menegaskan bahwa salah satu tujuan Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia adalah untuk memajukan kesejahteraan umum. Oleh karena itu, bumi dan kekayaan alam yang terkandung di dalamnya dikuasai oleh negara dan dipergunakan untuk sebesar-besar kemakmuran rakyat sebagaimana tercantum dalam Pasal 33 ayat (3). Di samping itu, negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas umum yang layak yang harus diatur dengan undang-undang sebagaimana diamanatkan oleh Pasal 34 ayat (3) dan ayat (4).

Landasan filosofis pembentukan peraturan daerah di Indonesia saat ini merujuk pada *rechtsidee* yang tercantum dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Inti landasan filosofis adalah jika landasan peraturan yang digunakan memiliki nilai bijaksana yakni memiliki nilai benar (logis), baik dan adil. Menemukan filosofis berarti melakukan pengkajian secara mendalam untuk mencari dan menemukan hakikat sesuatu yang sesuai dan menggunakan dengan nalar, nalar sehat. Menurut sistem demokrasi modern, kebijakan bukanlah berupa cetusan pikiran atau pendapat dari pejabat negara atau pemerintahan yang mewakili rakyat akan tetapi juga opini publik (suara rakyat) yang memiliki porsi sama besarnya untuk mencerminkan (terwujud) dalam kebijakan-kebijakan publik.

Dasar filosofis yang pertama dari Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu Tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan Ini adalah pada pandangan hidup Bangsa Indonesia yang telah dirumuskan dalam butir-butir Pancasila dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945. Nilai-nilai Pancasila ini dijabarkan dalam hukum yang dapat menunjukkan nilai-nilai keadilan, ketertiban dan kesejahteraan. Rumus Pancasila ini yang merupakan dasar hidup Negara Indonesia dituangkan dalam pembukaan UUD Republik Indonesia. Ditekankan dalam dasar Negara Indonesia, bahwa Indonesia adalah Negara hukum (*rechstaat*) bukan berdasarkan kekuasaan (*machstaat*).

Berlakunya suatu konstitusi sebagai hukum dasar yang mengikat didasarkan atas kekuasaan tertinggi atau prinsip kedaulatan yang dianut dalam suatu Negara. Jika Negara itu menganut paham kedaulatan rakyat, maka sumber legitimasi konstitusi itu adalah rakyat. Jika yang berlaku adalah paham kedaulatan raja, maka raja yang menentukan berlaku tidaknya suatu konstitusi. Hal ini yang disebut oleh para ahli sebagai

constituent power⁶² yang merupakan kewenangan yang berada diluar dan sekaligus diatas system yang diaturnya. Karena Itu, di lingkungan Negara-negara demokrasi, rakyatlah yang dianggap menentukan berlakunya suatu konstitusi.

Constituent power mendahului konstitusi, dan konstitusi mendahului organ pemerintahan yang diatur dan dibentuk berdasarkan konstitusi.⁶³ Pengertian constituent power berkaitan pula dengan pengertian hirarki hukum (*hierarchy of law*). Konstitusi merupakan hukum yang lebih tinggi atau bahkan paling tinggi serta paling fundamental sifatnya, karena konstitusi itu sendiri merupakan sumber legitimasi atau landasan otorisasi bentuk-bentuk hukum atau peraturan-peraturan perundangan-undangan lainnya. Sesuai dengan prinsip hukum yang berlaku universal, agar peraturan-peraturan yang tingkatnya berada di bawah Undang-Undang Dasar dapat berlaku dan diberlakukan, peraturan-peraturan itu tidak oleh bertentangan dengan hukum yang lebih tinggi tersebut.

Konstitusi selalu terkait dengan paham konstitusionalisme. Untuk tujuan *to keep a government in order* itu diperlukan pengaturan yang sedemikian rupa, sehingga dinamika kekuasaan dalam proses pemerintahan dapat dibatasi dan dikendalikan sebagaimana mestinya. Gagasan mengatur dan membatasi kekuasaan ini secara alamiah muncul karena adanya kebutuhan untuk merespons perkembangan peran relative kekuasaan umum dalam kehidupan umat manusia.

Konsensus yang menjamin tegaknya konstitusionalisme di zaman modern pada umumnya dipahami bersandarkan pada tiga elemen kesepakatan (*consensus*), yaitu :

1. Kesepakatan tentang tujuan atau cita-cita bersama (*the general goals of society or general acceptance of the same philosophy of government*)
2. Kesepakatan tentang *the rule of law* sebagai landasan pemerintahan atau penyelenggaraan Negara (*the basis of government*);
3. Kesepakatan tentang bentuk institusi-institusi dan prosedur-prosedur ketatanegaraan (*the form of institutions and procedures*).

Di Indonesia, dasar-dasar filosofi yang dimaksud itulah yang biasa disebut sebagai Pancasila yang berarti lima sila atau lima prinsip dasar untuk mencapai atau mewujudkan empat tujuan bernegara. Pancasila adalah *filosofische grondslagen* dan *common platforms*, Pancasila adalah dasar Negara sehingga kedudukan Pancasila dalam tata hukum nasional.

Adapun landasan filosofis yang kaitannya dengan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan pancasila dan pembukaan Undang-Undang Dasar Negeri Republik Indonesia adalah bahwa dalam rangka pelaksanaan pelayanan pemerintahan kepada masyarakat di Kabupaten Mahakam Ulu

⁶² Op.cit.,hal 15, Brian Thompson

⁶³ J. Bryce, *Studies in History and Jurisprudence*, vol 1, (Oxford : Clarendon Pres, 1901),hal 151.

tiada lain hanya untuk kesejahteraan masyarakat, sehingga diperlukan upaya pembuatan perda mutu pelayanan kesehatan.

B. Landasan Sosiologis

Kondisi geografis, sosial dan budaya, Kabupaten Mahakam Ulu, berbeda dengan daerah lainnya. Daerah ini banyak sungai dan menjadi daerah perbatasan dengan Malaysia, sehingga sudah sangat wajar jika Pemerintah Daerah Mahakam Ulu memberikan perhatian khusus untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah perbatasan dan pulau-pulau kecil terluar. Berbagai isu strategis dihadapi masyarakat yang tinggal di wilayah tersebut adalah kondisi geografi yang sulit; iklim/cuaca yang sering berubah; status kesehatan masyarakat yang masih rendah; beban ganda penyakit; terbatasnya sarana (terutama jalan, listrik dan air) dan prasarana pelayanan kesehatan; terbatasnya jumlah, jenis dan mutu Tenaga Kesehatan; pembiayaan kesehatan yang belum fokus dan sinkron; belum terpadunya perencanaan program dan pelaksanaan kesehatan lapangan; serta lemahnya pengendalian program.

Untuk mewujudkan suatu sistem layanan kesehatan daerah perbatasan di Kabupaten Mahakam Ulu, perlu melihatnya secara perspektif sosiologis. Perspektif sosiologi yang digunakan dalam menganalisis penelitian ini berdasar pada teori fungsional-struktural. Teori fungsional-struktural merupakan teori sosiologi yang berdasar pada unsur-unsur sosiologi dan budaya yang saling berhubungan secara fungsional dan menekankan gejala sosial budaya pada struktur yang mencakup perangkat atau aturan-aturan. Teori fungsional-struktural mengamati bentuk struktur dan fungsi dalam suatu masyarakat sehingga dapat melihat bagaimana suatu masyarakat itu berubah atau mapan melalui setiap unsurnya yang saling berkaitan, dan dinamik untuk memenuhi kebutuhan individu.

Teori fungsional-struktural melakukan analisis dengan melihat masyarakat sebagai suatu sistem dari interaksi antar manusia dan berbagai institusinya, dan segala sesuatunya disepakati secara konsensus, termasuk dalam hal nilai dan norma. Teori fungsional-struktural menekankan pada harmoni, konsistensi, dan keseimbangan dalam masyarakat. Menurut Nash, teori fungsional-struktural ini dapat digunakan untuk menganalisis mutu pelayanan kesehatan. Hal ini terjadi dengan melihat mutu pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem sosial yang berperan dalam masyarakat modern. Pendekatan sosiologis digunakan untuk mengetahui kondisi masyarakat dan memahami kelompok sosial khususnya berbagai macam gejala kehidupan masyarakat.⁶⁴ Sistem layanan kesehatan daerah perbatasan, merupakan fenomena kemasyarakatan yang menyangkut manusia, masyarakat,

⁶⁴ Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar* (Jakarta: PT. Raja Grafindo, 1990), hlm. 395.

kelompok, organisasi, kebudayaan, dan sebagainya yang merupakan obyek kajian sosiologi.

Ketersediaan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut menyebabkan kualitas kesehatan masyarakat di daerah perbatasan masih tergolong rendah, selain itu kondisi lingkungan permukiman dan pola hidup masyarakat yang kurang memperhatikan perilaku hidup bersih dan sehat. Sarana kesehatan yang memadai yang mudah diakses oleh masyarakat di daerah perbatasan dapat dikatakan sebagai penunjang keberhasilan ekonomi masyarakat pada umumnya dan masyarakat daerah khususnya. Jika di dalam mutu pelayanan kesehatan merupakan alat untuk mencapai tujuan dalam ekonomi. Secara mikro dijelaskan perkembangan mutu pelayanan kesehatan akan meningkatkan pendapatan daerah setempat.⁶⁵

Perlu ada upaya cepat untuk merespon kebutuhan di bidang kesehatan di daerah perbatasan, antara lain adanya jaminan kesehatan bagi masyarakat setempat, pelayanan kesehatan, ketersediaan obat, bantuan operasional kesehatan. Untuk itu harus ada perencanaan dengan pendekatan kerjasama pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah daerah serta pihak lain yang sevisi. Bahka jika perlu membangun kerjasama dengan Negara tetangga dalam hal pelayanan rujukan gawat darurat. Selain itu penting membangun koordinasi pelayanan kesehatan antara pemerintah daerah tau dinas kesehatan dengan kantor kesehatan pelabuhan yang dikoordinir oleh PT. Pelindo serta adanya radio medik. Partisipasi masyarakat juga sangat penting menjadi perhatian dengan menggerakkan dan memberdayakan masyarakat setempat untuk mengakses layanan kesehatan secara cepat.

C. Landasan Yuridis

Dalam Pasal 1 ayat 1 UUD 1945 menetapkan Negara Indonesia adalah Negara kesatuan yang berbentuk Republik, menganut asas desentralisasi dalam menyelenggarakan otonomi daerah. Selanjutnya dalam Pasal 18 UUD 1945 dinyatakan dengan jelas bahwa :

“pembangunan daerah di Indonesia atas dasar besar dan kecil dengan bentuk susunan pemerintahan ditetapkan dengan Undang-undang dengan memandang dan mengingat dasar permusyawaratan dalam sistem

⁶⁵ Di dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menegaskan bahwa tujuan Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia, antara lain, adalah memajukan kesejahteraan umum. Oleh karena itu, bumi dan kekayaan alam yang terkandung di dalamnya dikuasai oleh negara dan dipergunakan untuk sebesar-besar kemakmuran rakyat sebagaimana tercantum dalam Pasal 33 ayat (3). Disamping itu, negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas umum yang layak yang harus diatur dengan undang-undang sebagaimana diamanatkan oleh Pasal 34 ayat (3) dan ayat (4).

pemerintahan Negara dan hak-hak asal usul daerah yang bersifat istimewa".⁶⁶

Menurut Undang-undang No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, ada banyak kewenangan yang diberikan, salah satunya yaitu pemerintah daerah menyelenggarakan urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya sesuai dalam sistem NKRI.

Dalam penyelenggaraan pemerintah daerah, kepada daerah dibantu oleh perangkat daerah. Secara umum perangkat daerah terdiri atas unsur staf yang membantu penyusunan kebijakan dan koordinasi, diwadahi dalam lembaga sekretariat, unsur pendukung tugas kepala daerah dalam penyusunan kebijakan daerah yang bersifat spesifik, diwadahi dalam lembaga teknis daerah, serta unsur pelaksana urusan daerah yang diwadahi dalam lembaga dinas daerah.

Dinas daerah adalah unsur pelaksana pemerintah daerah. Daerah dapat berarti provinsi, kabupaten, atau kota. Dinas daerah menyelenggarakan fungsi perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya, pemberian perizinan dan pelaksanaan pelayanan umum, serta pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 2014, dengan tegas menyebutkan adanya perangkat daerah yang membantu kepala daerah dalam menjalankan tugasnya. Perangkat daerah itu adalah dinas, badan dan kantor.

1. Dinas, badan dan kantor daerah merupakan unsur pelaksanaan otonomi daerah.
2. Dinas badan dan kantor daerah dipimpin oleh kepala daerah yang diangkat dan diberhentikan oleh kepala daerah dari pegawai negeri sipil yang memenuhi syarat atas usul sekretaris daerah.
3. Kepala dinas badan dan kantor daerah bertanggung jawab kepada kepala daerah melalui sekretaris daerah.

Selanjutnya untuk melaksanakan ketentuan Pasal 7 ayat (4) huruf c Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, maka sesuai dengan kewenangannya Pemerintah Daerah perlu menetapkan kebijakan daerah sebagai landasan yuridis pengaturan mengenai mutu pelayanan kesehatan yang dijadikan sebagai pedoman bagi Pemerintah Daerah;

Dalam pembuatan mutu pelayanan kesehatan, maka Pemerintah Daerah dalam hal ini pemerintah daerah Kabupaten Mahakam Ulu harus merujuk pada undang-undang yang terkait dengan mutu pelayanan

⁶⁶ Undang-Undang Dasar 1945

kesehatan. Hal ini berarti bahwa pemerintah dan pemerintah daerah tidak dapat membangun eksistensi mutu pelayanan kesehatan sepanjang tidak ada peraturan perundang-undangan yang mengaturnya. Oleh karena itu pengelolaan mutu pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan apa yang telah ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan adalah tindakan yang melanggar hukum.

Dengan adanya kewenangan yang jelas yang sudah ditetapkan dalam Undang-Undang, maka tentu pemerintah daerah membentuk peraturan-peraturan daerah untuk mengimplementasi kewenangan yang sudah diberikan undang-undang. Adanya kewenangan yang jelas menyebabkan tidak ada lagi tumpang tindih pengaturan dalam sistem layanan kesehatan daerah perbatasan. Pada sisi lain, pembuatan peraturan daerah ini yang dibuat secara sistematis akan memberikan kepastian hukum bagi pemerintah daerah.

Untuk merespon kebutuhan tenaga kesehatan di daerah perbatasan, hal terpenting adalah adanya penugasan khusus di puskesmas di sekitar daerah perbatasan. Penugasan khusus Tenaga Kesehatan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan jenis, jumlah dan kualifikasi Tenaga Kesehatan tertentu yang bersifat jangka pendek dan merupakan bagian dari kebijakan pemenuhan kebutuhan Tenaga Kesehatan jangka panjang dalam rangka meningkatkan pemerataan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Distribusi Tenaga Kesehatan melalui penugasan khusus diprioritaskan pada puskesmas di sekitar daerah perbatasan. Oleh karena itu mereka perlu diberikan biaya perjalanan dan insentif dari Kementerian Kesehatan ditambah insentif maupun fasilitas lainnya dari Pemerintah Daerah sesuai kemampuan daerah. Pemberian insentif diharapkan mampu menarik minat dan meningkatkan retensi Tenaga Kesehatan di puskesmas terpencil dan sangat terpencil di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. Tenaga kesehatan yang ditempatkan melalui penugasan khusus agar dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya dalam rangka meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang kesehatan sudah cukup banyak, namun perlu dioperasionalkan di daerah agar dapat dilaksanakan secara teknis dan terkoordinir dengan baik, terlebih setelah otonomi daerah, sudah pada tempatnya jika akan diatur dalam sebuah perda. Adapun peraturan perundang-undangan yang menguatkan Perda kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu adalah sebagai berikut :

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, pada pasal 3 menyatakan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

3. Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada pasal 6 menyatakan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat.
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112)
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, pasal 18 menyatakan bahwa pemerintah mendaftarkan penerima bantuan iuran dan anggota keluarganya sebagai peserta kepada BPJS.
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 43 Tahun 2008 tentang Wilayah Negara (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 177)
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
10. Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307)
11. UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185)
12. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, pasal 4 yang menyatakan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah bersama-sama menjamin terwujudnya Kesehatan Reproduksi.
14. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 67 tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 173)
16. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

17. Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, pada pasal 6 yang menyatakan bahwa kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk.
18. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, pasal 15 yang menyatakan bahwa Pemerintah Daerah melaksanakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi di daerah masing-masing dengan mengacu pada rencana dan program kerja yang disusun oleh Gugus Tugas.
19. Peraturan Presiden Nomor 70 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Kewajiban Pelayanan Publik untuk Angkutan Barang dari dan ke Daerah Tertinggal, Terpencil, Terluar, dan Perbatasan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 165)
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 114 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Desa, pasal 6 yang menyatakan bahwa rancangan RPJM Desa memuat visi dan misi kepala Desa, arah kebijakan pembangunan Desa, serta rencana kegiatan yang meliputi bidang penyelenggaraan pemerintah Desa, pelaksanaan pembangunan Desa, pembinaan kemasyarakatan Desa, dan pemberdayaan masyarakat Desa. Salah satu pembangunan desa tersebut adalah pembangunan, pemanfaatan dan pemeliharaan sarana dan prasarana kesehatan antara lain: air bersih berskala desa, sanitasi lingkungan, pelayanan kesehatan desa, dan sarana dan prasarana kesehatan lainnya.
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
23. Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu Nomor 9 Tahun 2016. tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah;
24. Peraturan Bupati Mahakam Ulu Nomor 47 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Mahakam Ulu Nomor 27 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah

BAB V
JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN
DAN RUANG LINGKUP PERDA

A. Sasaran

Penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, dimaksudkan untuk mewujudkan pelayanan Pemerintah Daerah Kabupaten Mahakam Ulu di bidang kesehatan sebagai salah satu urusan wajib. Perda yang akan disusun ini untuk memberikan kepastian hukum guna mendukung pembangunan di bidang layanan kesehatan.

B. Arah dan Jangkauan Pengaturan

1. Arah Pengaturan Arah pengaturan Rancangan Peraturan Daerah Tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan adalah memberikan pengaturan yang komprehensif mengenai penyelenggaraan kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu.
2. Jangkauan Pengaturan Pengaturan tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, ditujukan masyarakat luas yang akan dijadikan sebagai subjek hukum.

C. Ruang Lingkup Materi Muatan

Adapun ruang lingkup materi muatan Rancangan Peraturan Daerah Tentang Sistem Layana Kesehatan Daerah Perbatasan adalah sebagai berikut :

KETENTUAN UMUM

1. Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan :
 - a. Daerah adalah Kabupaten Mahakam Ulu.
 - b. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai Unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah.
 - c. Bupati adalah Bupati Mahakam Ulu.
 - d. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu.
 - e. Perangkat Daerah adalah Perangkat Daerah dilingkungan Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu.
 - f. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Mahakam Ulu.
 - g. Sistem adalah tatanan penyelenggaraan kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu yang terdiri dari komponen kesehatan untuk memudahkan akses layanan kesehatan di daerah perbatasan
 - h. Daerah Perbatasan adalah kabupaten/wilayah geografis yang berhadapan dengan negara tetangga, dengan penduduk yang

bermukim di wilayah tersebut disatukan melalui hubungan sosio-ekonomi dan sosio-budaya dengan cakupan wilayah administratif tertentu setelah ada kesepakatan antar Negara yang berbatasan.

- i. Kesehatan adalah Keadaan Sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
- j. Sumber Daya Kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
- k. Alat Kesehatan adalah Instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
- l. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- m. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah Alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif.
- n. Teknologi Kesehatan adalah segala bentuk alat dan/atau metode yang ditujukan untuk membantu menegakkan diagnosa, pencegahan dan penanganan permasalahan kesehatan manusia.
- o. Upaya Kesehatan adalah Setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan.
- p. Pelayanan Kesehatan Promotif adalah Kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- q. Pelayanan Kesehatan Preventif adalah Kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- r. Pelayanan Kesehatan Kuratif adalah Kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- s. Pelayanan Kesehatan Rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke

- masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
- t. 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.
 - u. Pemberdayaan manusia adalah upaya memfasilitasi proses belajar sehingga masyarakat memiliki akses terhadap informasi, mendapat kesempatan dalam mengemukakan pendapat, serta terlibat dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah kesehatan yang dialami atau terjadi pada individu, kelompok dan masyarakat di wilayahnya.
 - v. Sistem Rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas pengelolaan suatu kasus penyakit ataupun masalah kesehatan secara timbal balik, yang dapat dilakukan secara vertikal atau secara horizontal.
 - w. Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan yang harus dipenuhi dalam memberikan pelayanan.
 - x. Organisasi Profesi Kesehatan adalah wadah masyarakat ilmiah dalam suatu disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan.
 - y. Rujukan Upaya Kesehatan Perorangan adalah rujukan kasus yang berkaitan dengan diagnosis, terapi dan tindakan medis berupa pengiriman pasien, rujukan bahan pemeriksaan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium dan rujukan pengetahuan tentang penyakit.
 - z. Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggaraan akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar akreditasi.

ASAS DAN TUJUAN

1. Asas Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan berasaskan :
 - a. perikemanusiaan;
 - b. keseimbangan;
 - c. manfaat;
 - d. perlindungan;
 - e. penghormatan terhadap hak dan kewajiban;
 - f. keadilan;
 - g. gender dan mendiskriminasi; dan
 - h. norma-norma agama.

2. Tujuan. Sistem layanan kesehatan daerah perbatasan bertujuan untuk meningkatkan kualitas derajat kesehatan setiap orang yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan yang diatur di dalam Peraturan Daerah ini meliputi :

- a. Hak dan Kewajiban;
- b. Tanggungjawab;
- c. Sumber Daya Kesehatan;
- d. Kesehatan Jiwa;
- e. Kesehatan Lingkungan;
- f. Penyakit Menular dan Tidak Menular;
- g. Penyelenggaraan Kesehatan Dalam Bencana;
- h. Pelayanan Kesehatan Tradisional;
- i. Sistem Kesehatan Daerah Perbatasan;
- j. Strategi dan Koordinasi Penyelenggaraan Kesehatan;
- k. Peran Serta Masyarakat dan Dunia Usaha;
- l. Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah;
- m. Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Daerah; dan
- n. Pembinaan, Pengawasan dan Pengendalian.

HAK DAN KEWAJIBAN

1. Hak

- a. Setiap orang berhak atas kesehatan
- b. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan
- c. Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.
- d. Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.
- e. Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.
- f. Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab.
- g. Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

2. Kewajiban

Setiap orang berkewajiban :

- a. turut serta mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, yang meliputi

- upaya kesehatan perorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat, baik fisik, biologi, maupun sosial.
 - c. berperilaku hidup sehat untuk mewujudkan, mempertahankan, dan memajukan kesehatan yang setinggi-tingginya.
 - d. menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan bagi orang lain yang menjadi tanggung jawabnya.
 - e. turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - f. menjaga fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah.

TANGGUNGJAWAB

- a. Penyelenggaraan kesehatan merupakan tanggungjawab Pemerintah Daerah, dunia usaha dan masyarakat.
- b. Pemerintah Daerah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi pembangunan kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat di daerah.
- c. Tanggungjawab meliputi:
 - penyediaan lingkungan yang sehat dan fasilitas kesehatan bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya;
 - ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan di daerah perbatasan;
 - ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan;
 - ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan daerah yang bermutu, aman dan terjangkau;
 - memberdayakan dan mendorong peran aktif dunia usaha dan masyarakat dalam upaya kesehatan di daerah perbatasan; dan
 - pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat di daerah perbatasan.

SUMBER DAYA KESEHATAN

1. Tenaga Kesehatan

Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap :

- a. pengaturan, pembinaan, pengawasan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan;
- b. perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan;
- c. perlindungan kepada tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik;
- d. memfungsikan dan memanfaatkan tenaga kesehatan dalam berbagai jabatan fungsional kesehatan sesuai kompetensinya.

- e. penempatan tenaga kesehatan dalam menjalankan manajemen kesehatan untuk meningkatkan kemampuan satuan kerja kesehatan; dan
 - f. melaksanakan manajemen kesehatan yang dikelola tenaga kesehatan dengan kompetensi tambahan berbasis teknologi informasi.
2. Dalam melaksanakan tanggungjawab, Pemerintah Daerah berwenang untuk:
- a. menetapkan kebijakan tenaga kesehatan di daerah selaras dengan kebijakan pembangunan nasional;
 - b. melaksanakan kebijakan tenaga kesehatan;
 - c. merencanakan kebutuhan tenaga kesehatan;
 - d. melakukan pengadaan tenaga kesehatan;
 - e. melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan dan pengembang;
 - f. membina, mengawasi dan meningkatkan mutu tenaga kesehatan melalui pembinaan dan pengawasan pelaksanaan praktik tenaga kesehatan, dan
 - g. melaksanakan kerjasama dalam negeri di bidang tenaga kesehatan.
3. Distribusi Tenaga Kesehatan
- a. Tenaga kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah Daerah dapat dipindah tugaskan antar kecamatan, karena alasan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau promosi.
 - b. Tenaga kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan terluar dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan memperoleh hak kenaikan pangkat istimewa dan perlindungan dalam pelaksanaan tugas.
 - c. Tenaga kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan terluar dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan berhak mendapatkan pendidikan dan pelatihan khusus.
 - d. Dalam hal terjadi kekosongan tenaga kesehatan, Pemerintah Daerah wajib menyediakan tenaga kesehatan pengganti untuk menjamin keberlanjutan pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.
 - e. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemindah tugas tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan diatur dengan Peraturan Bupati.
4. Organisasi Profesi Kesehatan
- a. Tenaga kesehatan dapat mempunyai organisasi profesi sebagai wadah untuk meningkatkan dan/atau mengembangkan

- pengetahuan dan keterampilan, martabat dan etika profesi tenaga kesehatan.
- b. Organisasi profesi berperan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap anggota profesinya.
 - c. Ketentuan lebih lanjut mengenai Organisasi Profesi Kesehatan diatur dengan Peraturan Bupati
5. Kewajiban Tenaga Kesehatan
- a. Setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi tenaga kesehatan.
 - b. Standar profesi menjadi acuan dalam menjalankan tugas dan fungsi tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan serta dalam rangka meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan.
6. Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- a. pelayanan kesehatan menurut jenis pelayanannya terdiri atas:
 - Pelayanan kesehatan perseorangan, dan
 - Pelayanan kesehatan masyarakat.
 - b. Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:
 - Pelayanan kesehatan tingkat pertama.
 - Pelayanan kesehatan tingkat kedua, dan
 - Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.
 - c. Fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan swasta.
 - d. Ketentuan persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan dan perizinan fasilitas pelayanan kesehatan ditetapkan oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
7. Fasilitas pelayanan kesehatan wajib:
- a. Memberikan akses yang luas bagi kebutuhan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan, dan
 - b. Mengirimkan laporan hasil penelitian dan pengembangan kepada Pemerintah Daerah.
8. Fasilitas Pelayanan Puskesmas
- a. Fasilitas pelayanan kesehatan yang berupa Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi.
 - b. Pemerintahan Daerah wajib mendukung, memotivasi, mendorong dan memperlancar proses pelaksanaan akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi.
 - c. Akreditasi dilakukan sesuai standar akreditasi.
9. Pendanaan APBD dan Pemilik Klinik dll

- a. Pendanaan penyelenggaraan akreditasi, kegiatan pendampingan dan penilaian pra akreditasi serta pendampingan pasca akreditasi pada Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi milik Pemerintah Daerah dibebankan kepada APBD.
- b. Pendanaan penyelenggaraan akreditasi, kegiatan pendampingan dan penilaian pra akreditasi serta pendampingan pasca akreditasi pada Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi milik swasta/masyarakat dibebankan kepada pemiliknya.

10. Pelayanan Darurat

- a. Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik Pemerintah Daerah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu.
- b. Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik Pemerintah Daerah maupun swasta, dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka.

11. Kompetensi Manajemen Kesehatan

- a. Setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan masyarakat yang dibutuhkan.
- b. Ketentuan lebih lanjut mengenai Kompetensi manajemen kesehatan masyarakat dengan Peraturan Bupati.

12. Kompetensi Manajemen Kesehatan Perorangan

- a. Setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan perorangan yang dibutuhkan.
- b. Penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan dilarang mempekerjakan tenaga kesehatan yang tidak memiliki kualifikasi dan izin melakukan pekerjaan profesi.
- c. Ketentuan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

13. Kewenangan Pemda Menentukan Jumlah dan Jenis Fasilitas Layanan kesehatan

- a. Pemerintah Daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasi di daerahnya.
- b. Penentuan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh Pemerintah Daerah dengan mempertimbangkan:
 - luas wilayah;
 - Kebutuhan kesehatan;

- jumlah dan persebaran penduduk;
 - pola penyakit;
 - pemanfaatannya;
 - fungsi sosial; dan
 - kemampuan dalam memanfaatkan teknologi.
14. Ketentuan mengenai jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan tidak berlaku untuk jenis rumah sakit khusus karantina, penelitian dan asilum.
 15. Penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KESEHATAN JIWA

1. Upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.
2. Upaya kesehatan jiwa terdiri atas upaya preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial.
3. Upaya kesehatan jiwa menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah dan masyarakat.
4. Pemerintah Daerah menciptakan kondisi kesehatan jiwa yang kondusif dan menjamin ketersediaan, aksesibilitas, mutu dan pemerataan upaya kesehatan jiwa.
5. Pemerintah Daerah mengembangkan upaya kesehatan jiwa berbasis masyarakat sebagai bagian dari upaya kesehatan jiwa keseluruhan, termasuk mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan jiwa.
6. Pemerintah Daerah menyediakan layanan informasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa.
7. Upaya kesehatan jiwa dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KESEHATAN LINGKUNGAN

1. Kesehatan Lingkungan
 - a. Upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
 - b. Pemerintah Daerah dan masyarakat menjamin ketersediaan lingkungan yang sehat dan tidak mempunyai risiko buruk bagi kesehatan.
 - c. Lingkungan sehat mencakup lingkungan pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi serta tempat fasilitas umum.
 - d. Lingkungan sehat bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan, antara lain:
 - limbah cair;
 - limbah padat;

- limbah gas;
 - sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan pemerintah;
 - binatang pembawa penyakit;
 - zat kimia yang berbahaya;
 - kebisingan yang melebihi ambang batas;
 - radiasi sinar pengion dan non pengion;
 - air yang tercemar;
 - udara yang tercemar; dan
 - makanan yang terkontaminasi.
- e. Upaya kesehatan lingkungan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR

1. Penyakit Menular

- a. Pemerintah Daerah dan masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya.
- b. Upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat dan/atau meninggal dunia serta untuk mengurangi dampak sosial ekonomi akibat penyakit menular.
- c. Upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat.
- d. Pengendalian sumber penyakit menular dilakukan terhadap lingkungan dan/atau orang dan sumber penularan lainnya.
- e. Upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular dilaksanakan dengan harus berbasis wilayah.
- f. Pelaksanaan upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular dilakukan melalui lintas sektor.
- g. Upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Pemerintah Daerah secara berkala menetapkan dan mengumumkan jenis dan persebaran penyakit yang berpotensi menular dan/atau menyebar dalam waktu yang singkat, serta menyebutkan kecamatan atau desa/kelurahan yang dapat menjadi sumber penularan.

- a. Pemerintah Daerah dapat melakukan surveilans terhadap penyakit menular.
- b. Dalam melaksanakan surveilans, Pemerintah Daerah dapat melakukan kerjasama dengan masyarakat.
- c. Pemerintah Daerah menetapkan jenis penyakit yang memerlukan karantina, tempat karantina dan lama karantina.

- d. Pemerintah Daerah dalam menetapkan dan mengumumkan jenis dan persebaran penyakit yang berpotensi menular dan/atau menyebar dalam waktu singkat dan pelaksanaan surveilans serta menetapkan jenis penyakit yang memerlukan karantina, tempat karantina dan lama karantina dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Kewenangan Pemda menyatakan KLB
 - a. Dalam melaksanakan upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular, Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya dapat menyatakan wilayah dalam keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa (KLB).
 - b. Penentuan wilayah dalam keadaan wabah, letusan atau kejadian luar biasa (KLB) harus dilakukan berdasarkan hasil penelitian yang diakui keakuratannya.
 - c. Pemerintahan Daerah bersama masyarakat melakukan upaya penanggulangan keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa (KLB).
 - d. Penentuan wilayah dalam keadaan wabah, letusan atau kejadian luar biasa (KLB) dan upaya penanggulangan, dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 4. Penyakit Tidak Menular
 - a. Pemerintah Daerah bersama masyarakat melakukan upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkannya.
 - b. Upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkannya untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan berperilaku sehat dan mencegah terjadinya penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkan.
 - c. Upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat.
 - d. Ketentuan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

PENYELENGGARAAN KESEHATAN DALAM BENCANA

1. Dukungan Pemda terhadap bencana
 - a. Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas dan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan pada bencana.
 - b. Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan pada tanggap darurat dan pasca bencana.

- c. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
 - d. Pemerintah Daerah menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan.
 - e. Pembiayaan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, APBD atau bantuan masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Pelayanan kesehatan untuk penyelamatan nyawa korban
 - a. Setiap orang yang memberikan pelayanan kesehatan pada bencana harus ditujukan untuk penyelamatan nyawa, pencegahan kecacatan lebih lanjut dan kepentingan terbaik bagi pasien.
 - b. Pemerintah Daerah menjamin perlindungan hukum bagi setiap orang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.
 - c. Penyelenggaraan pelaksanaan kesehatan pada bencana dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 3. Kewajiban pemda dan swasta merespon pasien bencana
 - a. Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, Pemerintah Daerah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan pada bencana bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan.
 - b. Fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka terlebih dahulu.

PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL

1. Pelayanan kesehatan tradisional
 - a. Berdasarkan cara pengobatannya, pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi:
 - Pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan; dan
 - Pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan ramuan.
 - b. Pelayanan kesehatan tradisional dibina dan diawasi oleh Pemerintah Daerah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.
 - c. Tata cara dan jenis pelayanan kesehatan tradisional dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - d. Setiap orang yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi harus mendapat izin dari lembaga kesehatan yang berwenang.
 - e. Penggunaan alat dan teknologi harus dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.

- f. Masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.
- g. Pemerintah Daerah mengatur dan mengawasi pelayanan kesehatan tradisional dengan didasarkan pada keamanan, kepentingan, dan perlindungan masyarakat.

SISTEM KESEHATAN DAERAH PERBATASAN

A. Umum

1. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui Sistem Kesehatan Daerah, yang merupakan bagian dari strategi pembangunan Daerah disesuaikan dengan karakteristik, kondisi, situasi, masalah dan potensi Daerah.
2. Jenis Pengelolaan kesehatan
 - a. Daerah menyelenggarakan pengelolaan kesehatan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang kesehatan, serta peraturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
 - b. Pengelolaan kesehatan dilakukan berdasarkan kemampuan dan ketersediaan sumber daya dibidang kesehatan.
 - c. Pengelolaan kesehatan dilaksanakan melalui sistem kesehatan Daerah.
 - d. Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam sistem kesehatan Daerah dikelompokkan dalam sub sistem:
 - Upaya kesehatan;
 - Penelitian dan pengembangan kesehatan
 - Pembiayaan kesehatan;
 - Sumber daya manusia kesehatan;
 - Ketersediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
 - Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan
 - Pemberdayaan masyarakat.
 - e. Pelaksanaan sistem kesehatan Daerah berdasarkan standar persyaratan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Sistem kesehatan daerah menjadi acuan dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan sampai pada kegiatan monitoring dan evaluasi.
4. Pelaksanaan sistem kesehatan Daerah ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

5. Pelaksanaan sistem kesehatan daerah harus memperhatikan :
 - a. cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata;
 - b. pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat;
 - c. kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat;
 - d. kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan;
 - e. inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan;
 - f. pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak;
 - g. dinamika keluarga dan kependudukan;
 - h. keinginan masyarakat;
 - i. epidemiologi penyakit;
 - j. perubahan ekologi dan lingkungan; dan
 - k. globalisasi, demokratisasi, dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerjasama lintas sektor.

B. Khusus

1. Alat transportasi medis di daerah perbatasan
 - a. Wilayah sungai dan/atau daerah perbatasan yang aksesnya melewati sungai atau anak sungai, dinas menyiapkan alat transportasi apung.
 - b. Wilayah sungai dan/atau daerah perbatasan, Dinas membuat jadwal kunjungan minimal dua kali sebulan dengan menugaskan tim medis dan obat-obatan yang dibutuhkan oleh masyarakat setempat.
 - c. Jadwal kunjungan dikecualikan pada saat sungai surut atau pasang yang membahayakan keselamatan tim medis.
2. Tugas Khusus Bagi Puskesmas yang Terdekat Dari Daerah Perbatasan
 - a. Puskesmas terdekat dari wilayah sungai dan daerah perbatasan diberi tugas khusus sebagai garda terdepan melakukan usaha promotif preventif.
 - b. Puskesmas terdekat dari wilayah sungai dan daerah perbatasan, diberi tugas oleh dinas membantu pendirian puskesmas pembantu atau puskesmas apung dengan memanfaatkan alat komunikasi jarak jauh telemedicine.
 - c. Alat komunikasi jarak jauh telemedicine disiapkan oleh pemerintah daerah atau pihak lain yang tidak mengikat.
3. BPJS Kesehatan Bagi Penduduk di Daerah Perbatasan

- a. Cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata, pemerintah daerah mendaftarkan penduduk yang berdomisili di daerah perbatasan sebagai peserta BPJS Kesehatan yang iurannya dibebankan kepada APBD setiap tahun.
- b. Prosedur bagi penduduk yang berdomisili di daerah perbatasan untuk didaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan diatur dengan peraturan bupati.

4. Sistem Rujukan

- a. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat, pemerintah daerah memfasilitasi kerjasama antara layanan kesehatan dengan BPJS Kesehatan untuk melayani pasien yang berasal dari daerah perbatasan.
- b. Layanan kesehatan didukung oleh sistem rujukan dari puskesmas ke rumah sakit terdekat.
- c. Prosedur sistem rujukan antar rumah sakit yang berada di luar daerah diatur dengan peraturan bupati.

5. Tenaga kesehatan di daerah perbatasan

- a. Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di daerah perbatasan, Bupati menempatkan tenaga kesehatan yang diberi penugasan khusus di puskesmas pembantu atau puskesmas apung yang dibiayai dari APBD.
- b. Tenaga kesehatan yang melaksanakan penugasan khusus di daerah perbatasan dengan pengangkatan oleh pemerintah daerah diberikan biaya perjalanan dan insentif maupun fasilitas lainnya sesuai kemampuan daerah.
- c. Tenaga kesehatan yang melaksanakan penugasan khusus di daerah perbatasan dengan pengangkatan oleh pemerintah daerah dilakukan melalui pengangkatan tenaga pegawai negeri sipil atau pegawai tidak tetap.
- d. Penempatan tenaga kesehatan di puskesmas pembantu atau di puskesmas apung yang dibiayai dari APBD harus merupakan satu tim kerja yang terdiri dari dokter, bidan, perawat, sanitarian, gizi dan analisis kesehatan.
- e. Tim kerja disesuaikan dengan kemampuan daerah dan ditetapkan dengan keputusan Bupati.

6. Insentif Khusus Tenaga Kesehatan di Daerah Perbatasan

- a. Kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, didirikan puskesmas pembantu.
- b. Puskesmas pembantu didukung oleh tenaga kesehatan yang berasal dari daerah setempat atau berasal dari daerah yang terdekat dari lokasi puskesmas pembantu.

- c. Tenaga kesehatan yang ditempatkan di daerah perbatasan, diberikan insentif khusus oleh pemerintah daerah.
 - d. Tata cara memperoleh insentif khusus ditetapkan dengan keputusan bupati.
7. Pembentukan Tim Khusus Daerah Perbatasan
- a. Wilayah di daerah perbatasan yang tidak memungkinkan didirikan puskesmas pembantu atau puskesmas apung karena sulitnya transportasi laut, pemerintah daerah memfasilitasi pembentukan Tim Khusus Daerah Perbatasan.
 - b. Tim Khusus Daerah Perbatasan terdiri dari : Dokter spesialis atau dokter umum yang terlatih; dan Petugas kesehatan non medis kabupaten
 - c. Kegiatan yang dilakukan Tim Khusus Daerah Perbatasan meliputi pelayanan dasar esensial termasuk pemberdayaan masyarakat dan rujukan kesehatan serta medis.
 - d. Untuk menjangkau wilayah sungai atau anak sungai dan daerah perbatasan yang sulit, Tim Khusus Daerah Perbatasan difasilitasi sarana transportasi khusus.
 - e. Untuk meningkatkan akses dan cakupan pelayanan masyarakat di wilayah sungai atau anak sungai dan daerah perbatasan, frekuensi kunjungan dilakukan empat kali dalam setahun.
8. Beasiswa studi lanjut ke perguruan tinggi prodi ilmu kesehatan
- a. Untuk menyiapkan sumber daya manusia tenaga kesehatan di daerah perbatasan, pemerintah daerah memberikan beasiswa kepada lulusan SMU untuk melanjutkan pendidikan di perguruan tinggi program studi ilmu kesehatan.
 - b. Jumlah beasiswa, batas umur dan tata cara mengakses beasiswa diatur dengan peraturan bupati.
 - c. Para penerima beasiswa setelah menyelesaikan studinya wajib kembali mengabdikan di daerah perbatasan.

STRATEGI DAN KOORDINASI PENYELENGGARAAN KESEHATAN

1. Strategi Penyelenggaraan Kesehatan

Penyelenggaraan kesehatan dilakukan dengan strategi :

- a. Pelaksanaan koordinasi yang efektif dengan seluruh pemangku kepentingan untuk membangun sinergitas pembangunan kesehatan;
- b. Peningkatan kualitas sarana dan prasarana kesehatan dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan kesehatan yang kondusif, efektif dan bermutu;
- c. Peningkatan pemerataan dan perluasan akses pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, peningkatan tata kelola, akuntabilitas, dan citra publik pengelolaan kesehatan;

- d. Penggalian dan pemberdayaan seluruh potensi internal maupun eksternal guna menghasilkan penyelenggaraan kesehatan yang efektif dan produktif;
 - e. Peningkatan kinerja dan profesionalisme tenaga kesehatan serta institusi kesehatan melalui pemberian kesejahteraan dan penghargaan serta pengembangan kapasitas.
2. Koordinasi Penyelenggaraan Kesehatan
- a. Penyelenggaraan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah.
 - b. Penyelenggaraan kesehatan yang dilakukan oleh Perangkat Daerah berkaitan dengan bidang kesehatan harus dikoordinasikan dengan Dinas.
3. Kesesuaian program perangkat daerah dengan program kesehatan daerah
- a. Perangkat Daerah terkait berkewajiban menyesuaikan program dengan program kesehatan Daerah dan memberikan dukungan dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat.
 - b. Ketentuan lebih lanjut mengenai koordinasi penyelenggaraan kesehatan diatur dengan Peraturan Bupati.

PERAN SERTA MASYARAKAT DAN DUNIA USAHA

- a. Masyarakat dan dunia usaha berperan serta dalam segala bentuk dan tahapan penyelenggaraan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang layak;
- b. Peran masyarakat dan dunia usaha dalam penyelenggaraan kesehatan adalah sebagai pelaku, penyelenggara, pengelola, penyandang dana, pengawas, dan tenaga kesehatan;
- c. Peran serta masyarakat dan dunia usaha dalam menyelenggarakan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BADAN PERTIMBANGAN KESEHATAN DAERAH

- 1. Untuk membantu Pemerintah Daerah dan masyarakat dalam menyelenggarakan kesehatan dibentuk Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah yang merupakan Badan Independen;
- 2. Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah dan beranggotakan unsur dari :
 - a. Pakar Kesehatan;
 - b. Organisasi Profesi Kesehatan;
 - c. Dinas Kesehatan;
 - d. Rumah Sakit atau puskesmas;
 - e. Perguruan Tinggi;
 - f. Lembaga Swadaya Masyarakat;
 - g. Media Massa; dan
 - h. Tokoh Agama/Masyarakat.

3. Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah mempunyai tugas dan wewenang :
 - a. menginventarisasi permasalahan melalui penelaahan terhadap berbagai informasi dan data yang relevan atau berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan;
 - b. memberi masukan kepada Pemerintah Daerah tentang sasaran pembangunan kesehatan selama kurun waktu 5 (lima) tahun;
 - c. menyusun strategi pencapaian dan prioritas kegiatan pembangunan kesehatan;
 - d. memberikan masukan kepada Pemerintah Daerah dalam mengidentifikasi dan menggerakkan sumber daya pembangunan kesehatan;
 - e. melakukan advokasi tentang alokasi dan penggunaan dana dari sumber agar manfaatnya efektif, efisien, dan sesuai dengan strategi yang ditetapkan;
 - f. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pembangunan kesehatan
 - g. merumuskan tindakan korektif yang dilakukan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan.

PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH

1. Pembiayaan
 - a. Pembiayaan kesehatan di daerah menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah, masyarakat dan swasta.
 - b. Penyediaan anggaran kesehatan dalam APBD dialokasikan paling sedikit 10% (sepuluh persen) diluar gaji pegawai berdasarkan prinsip keadilan, kecukupan dan berkelanjutan, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - c. Besaran anggaran kesehatan diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik di daerah.
 - d. Pembiayaan kesehatan di daerah ditujukan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, berkeadilan, berdayaguna dan berhasilguna
 - e. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengalokasian anggaran kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
2. Jaminan Kesehatan Daerah
 - a. Pemerintah Daerah mengembangkan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat di daerah.
 - b. Pemerintah Daerah melaksanakan jaminan kesehatan masyarakat berbentuk jaminan kesehatan daerah yang dilaksanakan dengan tujuan agar peserta dan/atau anggota keluarganya memperoleh pelayanan dan pembiayaan kesehatan yang ditanggung sepenuhnya oleh Pemerintah Daerah dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

- c. Pemerintah Daerah melaksanakan jaminan kesehatan daerah melalui pengelolaan, penyelenggaraan, bimbingan dan pengendalian, sesuai ketentuan perundang-undangan.
- d. Ketentuan mengenai jaminan kesehatan daerah dalam Peraturan Bupati

PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

1. Bupati melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Penyelenggaraan kesehatan
2. Pembinaan yang bersifat umum dan teknis dilakukan dalam bentuk fasilitasi, konsultasi, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.
3. Pembinaan diselenggarakan oleh OPD sesuai tugas dan fungsinya.
4. Pengawasan dilakukan dalam bentuk monitoring, evaluasi dan pelaporan.
5. Mekanisme pembinaan dan pengawasan diatur dengan Peraturan Bupati.

KETENTUAN PENUTUP

Peraturan pelaksanaan Peraturan Daerah ini ditetapkan paling lambat 1 (satu) tahun sejak Peraturan Daerah ini diundangkan.

Peraturan daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan daerah ini dengan penempatannya dalam lembaran daerah Kabupaten Mahakam Ulu.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Peraturan perundang-undangan yang relevan dengan peraturan mengenai sistem layanan kesehatan daerah perbatasan di kabupaten Mahakam Ulu adalah Peraturan Daerah tentang RPJMD Kabupaten Mahakam Ulu. Dokumen perencanaan daerah seperti RPJMD, banyak instrument untuk menjawab permasalahan daerah, salah satu diantaranya adalah melalui Perda.
2. Landasan filosofis, sosiologis dan yuridis mengenai perlunya sistem layanan kesehatan daerah perbatasan di kabupaten Mahakam Ulu adalah: bahwa untuk mengefektifkan pelayanan kesehatan, maka harus tepat sasaran dan sesuai kebutuhan daerah. Untuk meningkatkan program Pemerintah Daerah Mahakam Ulu di bidang kesehatan, maka harus dikoordinasikan secara baik dan terencana. Untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat di daerah. Pembangunan kesehatan diharapkan memberi kontribusi terhadap kesejahteraan masyarakat dalam rangka kemajuan daerah. Dengan pertimbangan inilah, maka perlu membentuk Peraturan Daerah tentang Sistem Layanan Kesehatan daerah Perbatasan di kabupaten Mahakam Ulu.
3. Jangkauan dan arah pengaturan serta ruang lingkup Sistem Layanan Kesehatan daerah Perbatasan, jika dituangkan dalam bentuk peraturan daerah adalah berupaya memberikan payung hukum yang jelas terhadap pelayanan kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu, yang sekaligus memberikan kepastian hukum atas peran pemerintah daerah. Maka sangatlah penting untuk membentuk sebuah produk hukum yang berupa Peraturan Daerah sebagai landasan hukum yang sekaligus memberikan suatu aturan yang komprehensif terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan daerah Perbatasan. Dengan demikian Peraturan Daerah lebih fokus pada pengaturan sistem Pelayanan Kesehatan dengan harapan akan memberikan nilai tambah dengan tujuan akhir adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat khususnya di kabupaten Mahakam Ulu. Arah yang akan diwujudkan dari Perda ini adalah adanya suatu sistem pengaturan yang terintegrasi antara lembaga pemberi layanan di bidang kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu, Provinsi Kalimantan Timur. Pengaturan Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan ditujukan untuk menjamin kepastian hukum atas obyek yang dimiliki oleh pemerintah daerah dengan memverifikasi, menggolongkan dan menyimpan arsip-arsip legalitas atas obyek-obyek layanan kesehatan. Selain itu tujuan pembentukan perda Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan, adalah upaya untuk meningkatkan akses masyarakat yang berujung pada kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, pengaturan perlu dalam

bentuk Peraturan Daerah yang tersendiri dimaksudkan untuk memberikan dasar hukum yang kuat sehingga pengelolaan pelayanan kesehatan dapat tersistem dengan baik sehingga optimalisasi atas perkembangan kesehatan masyarakat di daerah perbatasan diharapkan akan berdampak positif terhadap peningkatan angka harapan hidup masyarakat Kabupaten Mahakam Ulu dan pada akhirnya akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

B. Saran

1. Mendukung penerapan sistem layanan kesehatan daerah perbatasan, dibutuhkan komitmen pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu untuk menetapkan kedudukan dan status sistem layanan kesehatan daerah perbatasan.
2. memastikan pengaturan objek kajian tidak berulang dan tumpang tindih maka diperlukan kajian dan konfirmasi produk hukum yang terkait dan relevan.
3. Penyusunan regulasi tentang Sistem Layanan Kesehatan Daerah Perbatasan di Kabupaten Mahakam Ulu harus mengacu pada hasil kajian naskah akademik rancangan Peraturan daerah. Naskah akademik ini merupakan hasil pengkajian yang mendalam sebelum menyusun peraturan daerah. Hal ini bertujuan untuk memastikan kebijakan yang disusun menjawab permasalahan dan sesuai dengan sasaran pembangunan daerah serta berbasis data.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku-Buku

- Abrar Saleng, *Hukum Pertambangan*, UII Press, Yogyakarta, 2004.
- Andi Hamzah, *Kamus Hukum*, Ghalia Indonesia, 2005.
- Azhary, *Negara Hukum Indonesia Analisis Yuridis Normatif tentang Unsur-Unsurnya*, UI Press, Jakarta, 1995.
- Badan Pembinaan Hukum Nasional dari Masa ke Masa, BPHN Departemen Kehakiman RI, Jakarta, 1995.
- Bagir Manan, *Hubungan Antara Pusat dan Daerah Menurut UUD 1945*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Bagir Manan, "Peranan Hukum dalam Pergeseran Nilai Sosial Budaya Masyarakat Memasuki Era Reformasi," *Makalah*, FISIP-UNPAD, 1999.
- Cecep Triwibowo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta, 2014.
- Daryanto, *Kamus Bahasa Indonesia Lengkap*, Apollo, Surabaya, 1997.
- Djojodirdjo, Moegni, *Perbuatan melawan hukum : tanggung gugat (aansprakelijkheid) untuk kerugian, yang disebabkan karena perbuatan melawan hukum*, (Jakarta: Pradnya Paramita, 1979).
- Esmi Warassih, *Pranata Hukum Sebuah Telaah Sosiologis*, PT. Suryandaru Utama, Semarang, 2005.
- Hendrojono, Soewono, *Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Kedokteran dalam Transaksi Teurapetik*, Surabaya, Srikandi 2007.
- Kerlinger dalam Khudzaifah Dimiyati, *Teorisasi Hukum Studi tentang Perkembangan Pemikiran Hukum di Indonesia 1945-1990*, Muhammadiyah University Press, Surakarta, 2004.
- Lili Rasjidi dan IB. Wyasa Putra, *Hukum sebagai Suatu Sistem*, Mandar Maju, Bandung, 2003.
- M. Koesnoe, "Perumusan dan Pembinaan Cita Hukum dan Asas-Asas Hukum Nasional", *Majalah Hukum Nasional*, No. 2, 1995, BPHN, Jakarta, 1995.
- M. Noor Syam, *Penjabaran Filsafat Pancasila dalam Filsafat Hukum (Sebagai Landasan Pembinaan Sistem Hukum Nasional)*, Laboratorium Pancasila IKIP Malang, 2000.
- Mochtar Kusumaatmadja, *Hukum, Masyarakat, dan Pembinaan Hukum Nasional*, Penerbit Binacipta, Bandung, 1995.
- Mochtar Kusumaatmadja, *Fungsi Hukum dalam Pembangunan.*, Bina Cipta Jakarta.
- Mochtar Kusumaatmadja, "Pemantapan Cita Hukum dan Asas-Asas Hukum Nasional di Masa Kini dan Masa yang Akan Datang", *Makalah*, Jakarta.
- Mochtar Kusumaatmadja, *Konsep-Konsep Hukum dalam Pembangunan (Kumpulan Karya Tulis)* Penerbit Alumni, Bandung, 2002.
- Munir Fuady, *Dinamika Teori Hukum*, Ghalia Indonesia, Bogor, 2007.

- Sjachran Basah, *Perlindungan Hukum terhadap Sikap Tindak Administrasi Negara*, Penerbit Alumni, Bandung, 1992.
- Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, 2010.
- Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar* (Jakarta: PT. Raja Grafindo, 1990).
- Sri Soemantri Martosoewignjo, *Bunga Rampai Hukum Tata Negara Indonesia*, Alumni Bandung, 1992.
- Sri Siswati, *Etika dan Hukum Kesehatan dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan*, Rajawali Pers, Jakarta, 2013.
- Sunaryati Hartono, *Hukum Ekonomi Pembangunan Indonesia*, Binacipta Bandung, 1982.
- Ta'adi, *Hukum Kesehatan: Sanksi dan Motivasi bagi Perawat*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2013.
- Wiku Adisasmito, 2008, *Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG)*, Kelayakan Penerapannya di Indonesia, Jakarta, Fak. Kesehatan Masyarakat, UI.
- Veronica Komalawati, *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terepeutik (Persetujuan Dalam Hubungan Dokter dan Pasien); Suatu Tinjauan Yuridis*, PT.Citra Aditya Bhakti, Bandung, 2002.
- Wirdjono Prodjodikoro, *Asas-Asas Hukum Tata Negara Indonesia*, Dian Rakyat, Jakarta, 1970.

B. Internet

- <http://www.worldagroforestrycentre.org/sea>
<http://zalirais.wordpress.com/2013/09/12/asas-asas-dan-teori-pembentukan-perundang-undangan> di unduh pada 12 September, 2013
- Pertanggungjawaban Pelaku Usaha Terhadap Konsumen, www.oocities.org/ilmuhukum/babii.doc , diunduh pada hari Selasa 28 Oktober 2020, pada pukul 22.41 WIB.
- Lilik Mulyadi, *Teori Hukum Pembangunan* PROF. DR. MOCHTAR KUSUMAATMADJA, S.H., LL.M, *Sebuah Kajian Deskriptif Analitis*, www.google.com, diunduh tgl 16 Februari 2010.
- Pelayanan Kesehatan, <http://peterpaper.blogspot.com/2010/04/pelayanan-kesehatan->.

C. Perundang-Undangan

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112)

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

Undang-Undang Nomor 43 Tahun 2008 tentang Wilayah Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 177)

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307)

UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185)

Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);

Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);

Peraturan Pemerintah Nomor 67 tahun 2019 tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 173)

Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Peraturan Presiden Nomor 70 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Kewajiban Pelayanan Publik untuk Angkutan Barang dari dan ke Daerah Tertinggal, Terpencil, Terluar, dan Perbatasan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 165)

Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu Nomor 9 Tahun 2016. tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah;

Peraturan Bupati Mahakam Ulu Nomor 47 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Mahakam Ulu Nomor 27 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah