



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS MATARAM

FAKULTAS HUKUM

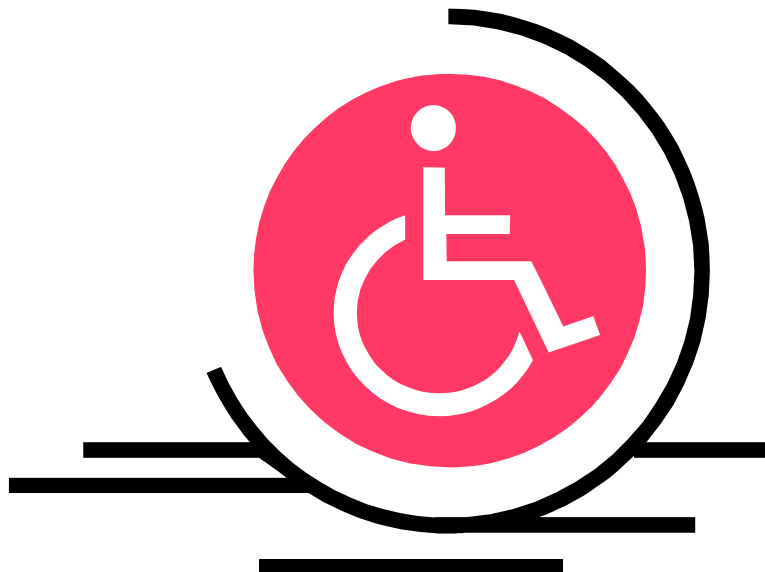
**PUSAT KAJIAN GOOD GOVERNANCE DAN PUBLIC
MANAGEMENT**

Jalan Majapahit No. 62. Telp. (0370) 633035
Mataram – Lombok 83125

**NASKAH AKADEMIK
DAN
RANCANGAN PERATURAN DAERAH
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT**

TENTANG

MUTU PELAYANAN KESEHATAN



**MATARAM
2016**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga Penyusunan Draft Naskah Akademik dan Rancangan Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat tentang Mutu Pelayanan Kesehatan ini dapat terselesaikan.

Penyusunan naskah akademik ini dilakukan dengan cara penelitian dan mencari masukan dari masyarakat luas terutama dari tokoh masyarakat, akademisi, Instansi terkait, serta kalangan pakar di bidangnya. Hal ini dilakukan sebagai proses penyusunan kebijakan publik yang perlu melibatkan secara lebih komprehensif dari pandangan-pandangan masyarakat seluas-luasnya. Naskah akademik ini akan dilakukan uji publik untuk memantapkan bahwa rumusan norma telah memenuhi rasa keadilan dan kebutuhan masyarakat khususnya masyarakat Provinsi Nusa Tenggara Barat. Naskah Akademik ini dilampirkan dengan Rancangan Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat tentang Mutu Pelayanan Kesehatan. Penyusunannya sesuai dengan pedoman penyusunan naskah akademik berdasarkan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan-Perundang-Undangan.

Penyusun sangat menyadari bahwa setiap segala sesuatu itu penuh dengan kekurangan dan keterbatasan. Walaupun demikian, semoga Naskah Akademik ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua, terutama bagi lembaga pembentuk peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Amien ya rabbal alamin.

Mataram, Oktober 2016

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL.....	i
MATARAM.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Identifikasi Masalah	6
C. Tujuan dan Kegunaan	6
D. Metode Penelitian	6
BAB II. KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS.....	1
A. Kajian Teoritis	1
1. Teori Negara Hukum Kesejahteraan (<i>Welfare State</i>).	1
2. Teori Cita Hukum (<i>Rechtsidee Theory</i>).....	10
3. Teori Hukum Pembangunan	16
B. Kajian Terhadap Asas/Prinsip yang Terkait dengan Penyusunan Norma.....	22
1. Asas-asas Formil	23
2. Asas-asas Materil	24
C. Kajian terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada, Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat	29
1. Praktik Penyelenggaraan mutu pelayanan kesehatan ...	29
2. Kondisi mutu pelayanan kesehatan	30
3. Rencana Strategis yang Telah Dilaksanakan	32
4. Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat	33
BAB III. EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT.....	38
A. Kajian terhadap peraturan perundang-undangan terkait....	38
B. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.....	43
BAB IV. LANDASAN FILOSOFIS, LANDASAN SOSIOLOGIS DAN LANDASAN YURIDIS	46
A. Landasan Filosofis.....	46
B. Landasan Sosiologis.....	48
C. Landasan Yuridis.....	49

BAB V. JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN DAN RUANG LINGKUP PERDA	52
A. Ketentuan umum	52
B. Sasaran yang Akan Diwujudkan	55
C. Jangkauan dan Arah Pengaturan	55
D. Ruang Lingkup Materi Muatan	56
1. Materi dalam Ketentuan Umum.....	56
2. Materi tentang Ruang Lingkup.....	59
3. Materi tentang Maksud Dan Tujuan.....	60
4. Materi tentang Prinsip Penyelenggaraan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan.....	60
5. Upaya Penyelenggaraan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan	61
a. Pemberian Ijin dan Monitoring Perijinan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	61
b. Pemberian Pengakuan atas Pencapaian Standar Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Bentuk Sertifikasi dan Akreditasi.....	62
c. Penetapan Secara Berkala Tentang Jumlah dan Penyebaran Pelayanan Kesehatan yang Dibutuhkan	62
d. Penetapan Secara Berkala Tarif Pelayanan Kesehatan	63
e. Pemberian Informasi Secara Berkala Kepada Masyarakat tentang Tingkat Mutu Pelayanan Kesehatan	63
f. Pemberian Informasi Secara Berkala Kepada Lembaga Regulator tentang Tingkat Mutu Pelayanan Kesehatan	64
6. Materi Tentang Peran Lembaga Penyelenggara Peningkatan Mutu Dan Standar Pelayanan Kesehatan ..	64
7. Materi tentang Pembiayaan Mutu.....	65
8. Materi tentang Pembinaan Dan Pengawasan	65
9. Materi tentang Pengawasan.....	65
10. Materi tentang Sanksi Administrasi.....	65
11. Materi tentang Ketentuan Pidana	65
12. Materi tentang Ketentuan Penyidikan	66
13. Materi tentang Ketentuan Penutup.....	67
BAB VI. PENUTUP	68
A. Kesimpulan.....	68
B. Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	71
L A M P I R A N	75
RANCANGAN PERATURAN DAERAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT	76

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam UUD Negara Indonesia diamanatkan bahwa Kesehatan merupakan salah satu aspek dari hak asasi manusia, yaitu sebagaimana yang tercantum dalam pasal 28 H ayat 1: "setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik 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 legeslatif serta badan yudikatif.

Sejak repelita V telah dicanangkan peningkatan mutu pelayanan kesehatan termasuk mutu pelayanan kesehatan dasar, dan pada bulan september 1991 telah dilaksanakan lokakarya nasional tentang jaminan mutu di Cisarua, Jawa Barat yang dihadiri oleh para pengambil keputusan di Depkes, para pakar dari unsur pendidikan, profesi, pelayanan kesehatan swasta serta pakar WHO. Lokakarya menghasilkan antara lain beberapa kesepakatan tentang definisi operasional jaminan mutu, langkah-langkah dan cakupan program jaminan mutu.

Semenjak itu semakin disadari dan mulai dilakukan upaya untuk mewujudkannya, karena pelayanan kesehatan yang bermutu akan mempunyai dampak yang berarti dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

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.

Pada bulan April 1994 telah dilakukan di Propinsi NTB (5 Puskesmas di Kabupaten Lombok Barat) dan Jatim (3 Puskesmas di Kab Sidoarjo dan 2 Puskesmas di Kotamadya Probolinggo) dilakukan uji coba pelaksanaan jaminan mutu pelayanan kesehatan, selesai pada bulan Nopember 1994. Ujicoba dilanjutkan sebagai persiapan pelaksanaan program Jaminan Mutu pada Proyek Kesehatan IV pada 5 Propinsi termasuk Propinsi Kalimantan Barat, NTB, Jatim, Sumbar, Kaltim.

Pada bulan Januari 1995 di Cimacan telah diadakan Seminar Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan untuk menyebarkan hasil ujicoba tersebut pada 5 Propinsi HP-IV. Selain itu juga telah dilakukan pula ujicoba jaminan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Cianjur dan Lampung Tengah. Pada tahun 1996 program ini resmi akan dilaksanakan pada 5 propinsi HP-IV.

Jaminan mutu di Rumah Sakit 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.

Di organisasi Rumah Sakit kegiatan jaminan mutu dilakukan secara fungsional oleh Komite Medis, dimana didalamnya terdapat Tim Jaminan Mutu.

Konsep jaminan mutu tidak bisa dipisahkan dengan konsep mutu, karena konsep jaminan mutu tersebut diciptakan karena adanya konsep mutu.

Di NTB, Dalam rangka mewujudkan visi yang dicanangkan di atas, maka disusunlah Misi pembangunan kesehatan Provinsi NTB Tahun yaitu sebagai berikut:¹

- 1) Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat melalui kemitraan dan pemberdayaan.
- 2) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan.
- 3) Meningkatkan derajat kesehatan Ibu, Bayi dan Anak Balita

Untuk dapat mewujudkan visi dan misi yang telah ditetapkan tersebut maka pada tahun periode 2009-2013 ditempuh strategi sebagai berikut:

1. Fasilitasi pengembangan Desa Siaga dan UKBM
 - Peningkatan ketersediaan sarana dan prasarana desa siaga.
2. Revitalisasi Posyandu dan UKBM lainnya.
 - Peningkatan operasional Desa Siaga, Posyandu dan UKBM lainnya.
 - Pembentukan UKBM di berbagai kelompok sosial masyarakat
 - Penggalangan kemitraan dan koordinasi dengan para peangku 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
 - Pemerataan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang sesuai standar.
5. Akselerasi dan eskalasi dan prasarana pelayanan kesehatan.
 - Peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit dan sarana penunjang lainnya melalui standarisasi dan akreditasi.
6. Optimalisasi pengembangan dan pendayagunaan tenaga kesehatan.

¹

http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/18_Profil_Kes.Prov.NTB_2012.pdf

- Pengembangan dan pembangunan sarana prasarana pelayanan kesehatan di dekat wilayah pemukiman.
 - 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 peatalaksanaan 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 di NTB diarahkan untuk mencapai komitmen internasional, yang dituangkan dalam Millenium Development Goals (MDGs) 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.

Kesehatan merupakan salah satu produk dari Sistem Informasi Kesehatan yang penyusunan dan penyajiannya dibuat sesederhana 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.

Oleh sebab itu diperlukan suatu naskah akademik rancangan peraturan daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat mengenai mutu pelayanan kesehatan untuk memberikan payung hukum yang pasti terhadap mutu kesehatan di daerah NTB, agar pelayanan masyarakat akan kesehatan dapat menikmati dan berkembang.

Berdasarkan uraian di atas, maka penyusunan Naskah Akademik Ranperda Mutu Pelayanan Kesehatan ini, merupakan sebuah upaya bagi Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat untuk lebih meningkatkan fungsi pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat dalam melayani masyarakat.

Teknik penyusunan naskah akademik ini, merujuk pada undang-undang tentang Pembentukan Perundang-undangan yaitu Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 yang mengatur bahwa: ²

“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.”

² Pasal 1 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Perundang-undangan

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 Mutu Pelayanan Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai upaya untuk melakukan pengembangan, pengawasan dan meningkatkan pertumbuhan ekonomi masyarakat melalui Mutu Pelayanan Kesehatan.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, selanjutnya dapat ditarik suatu permasalahan yang akan dibahas di dalam penelitian naskah akademik ini adalah sebagai berikut:

- a. Peraturan perundang-undangan apakah yang relevan dengan peraturan mengenai mutu pelayanan kesehatan di provinsi NTB?
- b. Apa landasan filosofis, sosiologis dan yuridis mengenai perlunya mutu pelayanan kesehatan?
- c. Bagaimanakah jangkauan dan arah pengaturan serta ruang lingkup mutu pelayanan kesehatan jika dituangkan dalam bentuk peraturan daerah?

C. Tujuan dan Kegunaan

Adapun tujuan penyusunan naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat tentang Pengelolaan mutu pelayanan kesehatan adalah:

- a. Untuk mengetahui peraturan perundang-undangan apakah yang relevan dengan peraturan mengenai mutu pelayanan kesehatan di provinsi NTB.
- b. Untuk mengetahui apa landasan filosofis, sosiologis dan yuridis mengenai perlunya mutu pelayanan kesehatan.
- c. Untuk mengetahui bagaimanakah jangkauan dan arah pengaturan serta ruang lingkup mutu pelayanan kesehatan jika dituangkan dalam bentuk peraturan daerah.

D. Metode Penelitian

Metode penelitian yang dipakai dalam penyusunan Naskah Akademik ini dilakukan dengan studi literatur yang terkait dengan mutu pelayanan kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Penelitian hukum dilakukan

untuk menghasilkan argumentasi secara rasional, teori atau konsep baru sebagai preskripsi dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.³ Hal ini disebabkan karena suatu penelitian bertujuan untuk mengungkapkan kebenaran secara sistematis, metodologis, dan konsisten. Melalui proses penelitian tersebut diadakan analisa dan konstruksi terhadap data yang telah dikumpulkan dan diolah.

Dengan demikian, karena penelitian merupakan suatu sarana ilmiah bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pembentukan peraturan perundang-undangan, khususnya dalam hal ini pembentukan peraturan daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat, maka metodologi penelitian yang diterapkan harus senantiasa disesuaikan dengan ilmu pengetahuan yang menjadi induknya.⁴

Konsep penelitian hukum menurut Soetandyo Wignjosubroto dapat dibagi menjadi 5 (lima), dimana hukum menurut konsep ini adalah simbol-simbol dengan maknanya yang tercipta sebagai hasil interpretasi individual atau kolektif pelaku sosial. Adapun konsep tersebut yaitu:⁵

1. Hukum merupakan sejumlah asas moralitas atau asas keadilan yang dipercaya bernilai universal, dan menjadi bagian inheren dari sistem hukum alam.
2. Hukum merupakan norma-norma perundang-undangan positif yang berlaku umum "*in abstaracto*" pada suatu waktu tertentu dan di suatu wilayah tertentu. Hukum ini lebih dikenal sebagai hukum nasional atau hukum negara atau hukum formal.
3. Hukum adalah seluruh keputusan hakim "*in concreto*" sebagaimana yang tercipta dalam proses-proses peradilan.
4. Hukum sebagai pola prilaku sosial dan/atau sebagai institusi sosial yang riil dan fungsional dalam kehidupan bermasyarakat.
5. Hukum dikonsepsikan sebagai bagian dari prilaku manusia yang riil dalam kehidupan masyarakat.

Berdasarkan kelima konsep hukum tersebut, Soetandyo Wignjosubroto mengkategorikan penelitian hukum ke dalam lima ranah yaitu; *normatif-normologik*, *normatif-positif*, *normatif-behavioral*, empirik-nomologik dan simbolik interaksional. Kelima ranah penelitian ini dikelompokkan menjadi 2 (dua) yaitu penelitian hukum normatif meliputi "*normatif-nomologik*,

³ Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Prenada Media, Jakarta, 2005, hlm. 35.

⁴ Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, *Penelitian Hukum Normatif, Suatu Tinjauan Singkat*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 1985, hlm. 1

⁵ Soetandyo Wignjosubroto, *Lima Konsep Hukum dan Lima Model Metode Penelitiannya*. Kumpulan Perkuliahan Mata Kuliah Penulisan Disertasi, Program Doktor Ilmu Hukum, Departemen Pendidikan Nasional Universitas Diponegoro Semarang, 2000, hlm. 2-4.

normatif-positif, normative-behavioral" dan penelitian hukum empiris yang meliputi "*empirik-nomologik dan simbolik interaksional*".⁶

Sedangkan tipe penelitian yang mendasari Naskah Akademik ini adalah penelitian hukum (*legal research*), guna memperkuat analisis dilakukan juga pengumpulan bahan-bahan melalui penelaahan dokumen, pengamatan (*observasi*), diskusi (*Focus Group Discussion*), wawancara, mendengar pendapat narasumber atau pakar dan lain-lain (*doktrin*).⁷

Dengan demikian penelitian hukum (*legal research*)⁸dalam naskah akademik ini adalah penelitian yang mengkaji dan menganalisis peraturan perundang-undangan, asas-asas hukum dan norma-norma hukum dengan maksud untuk memperoleh gambaran yang jelas mengenai Pengelolaan mutu pelayanan kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Hal ini dilakukan sebab naskah akademik ini disusun dengan menggunakan pendekatan perundang-undangan (*statute approach*).

Ada beberapa peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan Pengelolaan mutu pelayanan kesehatan antara lain:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
3. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1981 Nomor 76, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3209);

⁶ Soetandyo Wignjosubroto, *Ibid*, hlm. 5-6

⁷ Pengertian penelitian hukum (*legal research*) dalam hal ini adalah penelitian yang dilakukan dengan asas-asas hukum, teori hukum termasuk pendapat para ahli yang berkaitan dengan Kartu Ternak dan Sistem Tata Niaga.

⁸ Philipus M. Hadjon mengutip pendapat J. Gijssels, melihat hubungan antara ilmu hukum dogmatik (*normative*) dengan teori hukum. Dogmatik hukum: (i) mempelajari aturan hukum dari segi teknis, (ii) berbicara tentang hukum, (iii) bicara hukum dari segi hukum dan (iv) bicara tentang pemberian alasan terhadap hlm tersebut. Sedangkan Teori hukum merupakan *meta teori* bagi dogmatik hukum. Philipus M. Hadjon, *Pengkajian Ilmu Hukum Dogmatik (Normatif)*, Artikel dalam Majalah Yuridika, Nomor 6 Tahun I X Nopember–Desember 1994, (Philipus M. Hadjon III) hlm. 3. Bandingkan dengan Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, dalam Yuridika, Vol. 16 No. 1 Maret-April 2001, hlm. 104.

4. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. 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) ;
10. Undang-Undang Republik Indonesia 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);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1983 tentang Kesehatan Masyarakat Veteriner (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1983 Nomor 28, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3253) ;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);

14. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
16. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2007 Nomor 1);
17. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 7 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas-Dinas Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 7);
18. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009-2013 (Lembaran Daerah Tahun 2009 Nomor 14);
19. Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2008 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 32);
20. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 3 Tahun 2010 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009–2029 (Lembaran Daerah Tahun 2010 Nomor 26);
21. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 11 Tahun 2000 tentang pembentukan, Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas-dinas Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Daerah Tahun 2000 Nomor 11).

Oleh karena itu, berdasarkan penelitian hukum (*legal research*) yang dilakukan, maka diharapkan akan memperoleh preskripsi hukum yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dengan tingkat akurasi kebenaran yang maksimal yang pada gilirannya memberikan nilai dalam rangka pembentukan peraturan daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Hal yang

terpenting adalah bahwa dalam Penyusunan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah tentang Pengelolaan Mutu Pelayanan Kesehatan ini dilakukan dengan mengacu pada Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan serta praktek penyusunan Naskah Akademik di Indonesia.

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 memerinci hubungan-hubungan antar variabel dengan tujuan menjelaskan dan memprediksikan gejala itu.⁹ 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 mutu pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Teori Negara Hukum Kesejahteraan (*Welfare State*).

Teori Negara hukum kesejahteraan adalah perpaduan antara konsep negara hukum dan negara kesejahteraan. Menurut Burkens Negara hukum (*rechtsstaat*) ialah negara yang menempatkan hukum sebagai dasar kekuasaannya dan penyelenggaraan kekuasaan tersebut dalam segala bentuknya dilakukan di bawah kekuasaan hukum.¹⁰ Sedangkan konsep negara kesejahteraan adalah negara atau pemerintah tidak semata-mata sebagai penjaga keamanan atau ketertiban masyarakat, tetapi pemikul utama tanggung jawab mewujudkan keadilan sosial, kesejahteraan umum dan sebesar-besarnya kemakmuran rakyat.

⁹ Kerlinger dalam Khudzaifah Dimiyati, *Teorisasi Hukum Studi tentang Perkembangan Pemikiran Hukum di Indonesia 1945-1990*, Muhammadiyah University Press, Surakarta, 2004, hlm. 37.

¹⁰ Mochtar Kusumaatmadja, "Pemantapan Cita Hukum dan Asas-Asas Hukum Nasional di Masa Kini dan Masa yang Akan Datang", *Makalah*, Jakarta, hlm. 1.

Negara Hukum Kesejahteraan lahir sebagai reaksi terhadap gagalnya konsep negara hukum klasik dan negara hukum sosialis. Kedua konsep dan tipe negara hukum tersebut, memiliki dasar dan bentuk penguasaan dan pengaturan negara atas sumber daya ekonomi yang berbeda. Secara teoritik perbedaan itu dilatar belakangi dan dipengaruhi oleh ideologi atau paham-paham yang dianutnya. Pada negara hukum liberalis klasik dipengaruhi oleh paham liberalisme dan negara hukum sosialis dipengaruhi oleh paham Marxisme.¹¹

Negara hukum liberal klasik lahir dari sejarah negara hukum di Perancis sejak revolusi 4 Juli 1789. Pada masa sebelumnya yang berperan dalam kehidupan kenegaraan bersama raja hanya kaum bangsawan dan para pendeta saja, maka sejak saat itu kaum borjuis mulai memegang peranan dalam kehidupan bernegara. Semakin lama peran kaum berjois semakin besar, terutama ketika raja memerlukan dana untuk membiayai peperangan. Raja memerlukan dana yang cukup besar dari kaum borjuis akibatnya, peranan kaum berjois dalam mengatur negara menjadi semakin besar. Oleh karena itu konsep negara hukum hasil pemikiran kaum borjois ini dikenal dengan konsep negara hukum Liberal.¹²

Tipe negara hukum liberal ini menghendaki agar negara berstatus pasif. Artinya, rakyat harus tunduk pada peraturan-peraturan negara. Penguasa bertindak sesuai dengan hukum. Disini, kaum liberal menghendaki agar antara penguasa dan yang dikuasai ada persetujuan dalam bentuk hukum. Kaum borjois dalam hal ini menginginkan agar hak-hak dan kebebasan pribadi masing-masing tidak diganggu, mereka tidak ingin dirugikan. Yang mereka inginkan adalah penyelenggaraan perekonomian atau kesejahteraan diserahkan kepada mereka. Negara tidak boleh turut campur dalam perekonomian tersebut. Jadi fungsi negara dalam Negara Hukum Liberal hanya menjaga tata tertib dan keamanan, karena itu disebut juga negara hukum penjaga malam (*Nachtwachter Staat*).¹³

¹¹ Abrar Saleng, *Hukum Pertambangan*, UII Press, Yogyakarta, 2004, hlm. 10.

¹² Azhary, *Negara Hukum Indonesia Analisis Yuridis Normatif tentang Unsur-Unsurnya*, UI Press, Jakarta, 1995, hlm. 19.

¹³ Azhary, *Ibid*, hlm. 55.

Penyelenggaraan perekonomian atau penguasaan atas sumber daya alam pada negara liberalis klasik berdasarkan prinsip persaingan bebas yang berasaskan *laissez-faire* dimana peranan negara sangat dibatasi (*minimal government intervene*). Negara tidak boleh mencampuri urusan dan kegiatan ekonomi masyarakat. Secara berat sebelah kemerdekaanlah yang dipuja-puja, kebebasan berkompetisi (*free competition*) secara perorangan terutama di lapangan ekonomi dipandanginya paling baik sesuai dengan ajaran Adam Smith.¹⁴

Pada negara hukum liberalis atau negara hukum klasik yang diutamakan ialah terjaminnya hak-hak asasi berupa kemerdekaan baik dalam bidang politik maupun dalam bidang sosial-ekonomi. Diakuinya dan adanya jaminan kebebasan individu (*individual freedom*), kemerdekaan mendapatkan hak milik (*ownership of property*).¹⁵

Dalam negara hukum klasik, selain jaminan pemilikan individu, juga dijamin kebebasan bersaing dan melakukan perjanjian/kontrak (*freedom of contract*).¹⁶ Akibat kemerdekaan bersaing dalam hubungannya dengan kebebasan berserikat dan berkontrak, menimbulkan kelompok-kelompok usaha raksasa yang memonopoli penguasaan penggunaan sumber daya alam, akhirnya membunuh kemerdekaan bersaing itu sendiri. Terjadilah hal yang tragis: kemerdekaan membunuh kemerdekaan.¹⁷

Meskipun demikian, tidak berarti kegiatan ekonomi hanya bagi warga negara yang menguasai sumber daya ekonomi, melainkan juga terbagi pada setiap warga negara. Akan tetapi interaksi antara warga negara yang menguasai sumber daya alam (kapitalis) dengan warga negara yang tidak menguasai sumber daya alam (buruh) terdapat ketimpangan, sebab bagi warga negara (buruh) yang hanya mengandalkan tenaga kerja tidak memiliki *bargaining position*. Kondisi yang demikian didukung oleh corak hukum yang mencerminkan aturan-aturan yang menjamin dan memperkuat posisi kegiatan ekonomi kapitalisme¹⁸ Masyarakat kapitalis semakin hari semakin kuat, sebaliknya

¹⁴ Le Sueur AP & Herberg JR', *Constitutional & Administrative Law*, Cavendish Publishing Limited, London, 1995, p. 53.

¹⁵ Mustanun Daeng Matutu, "Selayang Pandang (Tentang) Perkembangan Tipe-Tipe Negara Modern," (Orasi Ilmiah), FH-UNHAS, Ujung Pandang, 1972, hlm. 9

¹⁶ Le Sueur AP & Herberg JW, Loc. Cit. - Ronald Z. Titahelu, *Op. cit.*, hlm. 90

¹⁷ Mustamin Daeng Matutu, *Op. cit.* hlm. 10.

¹⁸ Bagir Manan, Politik..... *Op. cit.* hlm.9.

masyarakat buruh (masyarakat kebanyakan) semakin lemah dan tidak berdaya.

Dengan demikian dalam negara hukum klasik yang mengagungkan kebebasan (*freedom*) dan kesamaan (*equality*), tetapi tidak dapat menciptakan kesejahteraan bagi semua warga negara. Bahkan sebaliknya, justru menimbulkan penderitaan dan penyengsaraan rakyat banyak. Inilah sebagian bukti keburukan dan kekurangan dari tipe negara liberalis atau negara hukum klasik.

Sedangkan negara hukum sosialis merupakan konsep yang dianut oleh negara-negara komunis atau sosialis. Konsep negara hukum sosialis berbeda dengan konsep Barat, karena dalam *socialist legality* hukum ditempatkan di bawah sosialisme. Hukum adalah sebagai alat untuk mencapai sosialisme. Hak perseorangan dapat disalurkan kepada prinsip-prinsip sosialisme, meskipun hak tersebut patut mendapat perlindungan.¹⁹

Karena itu, konsep *socialist legality* sulit dikatakan sebagai suatu konsep negara hukum yang bersifat universal. Konsep ini dilihat dari kepentingan negara-negara komunis atau sosialis merupakan konsep yang mereka pandang sesuai dengan doktrin komunisme atau sosialisme.²⁰ Berbeda dengan konsep Barat baik *rechtsstaat* maupun *rule of law* yang bertujuan untuk melindungi hak asasi manusia dari tindakan kesewenang-wenangan penguasa.

Dalam kaitannya dengan penguasaan terhadap sumber daya, menurut konsep sosialis terutama aliran sosialis ilmiah yang dipelopori oleh Karl Marx, keburukan-keburukan sosial-ekonomi yang timbul dalam sistem kapitalisme, berakar pada dibenarkannya hak milik perorangan atas sumber daya alam dan diberikannya kebebasan berusaha tanpa batas bagi pengusaha perseorangan untuk mengejar kepentingan pribadi.²¹

Oleh karena itu, paham *Marxisme* dengan suatu thesis, bahwa semua sumber daya alam harus dikuasai oleh negara untuk menjamin distribusi, sedangkan anti tesisnya ialah pemilikan perorangan atas sumber daya alam dihapuskan atau dilarang dan sintesisnya ialah

¹⁹ Muhammad Tahir Azhary, *Op., cit.*, hlm. 91.

²⁰ Muhammad Tahir Azhary, *Ibid*, hlm. 92.

²¹ Mustamin Daeng Matutu, *Op. cit.* hlm. 23

sumber daya alam menjadi milik bersama yang secara konkrit dimiliki negara (*etatisme*). Oleh karena itu, pada negara-negara sosialis (komunis) yang berpaham *Marxisme*, pemilikan individual (*individual ownership*) atas sumber daya alam tidak dikenal dan tidak pernah diakui secara hukum.

Teori pemilikan negara atas sumber daya alam diajukan oleh Karl Marx dan Friedrich Engels.²² Teori ini bertolak dari teori-teori ekonomi, khususnya nilai buruh (*arbeidswaarde-theorie*), yang di atasnya diletakkan ajaran hukum dan negara. Berdasarkan teori ini, hanya dengan pemilikan negara atas sumber daya alam dapat menciptakan suatu sistem baru dalam hubungan produktif berdasarkan produksi untuk penggunaan bersama dan tidak untuk keuntungan perseorangan.²³ Namun pemilikan negara yang pada mulanya bertujuan untuk menjamin distribusi hasil produksi sumber daya ekonomi bagi kepentingan rakyat banyak, secara berangsur-angsur dimanfaatkan oleh penguasa negara untuk mempertahankan kekuasaan dan diubah menjadi monopoli negara (*state monopoly*).

Hal tersebut dimungkinkan pada tipe negara sosialis, karena corak hukumnya mencerminkan aturan-aturan yang selalu memberikan tempat pada negara atau pemerintah untuk mempengaruhi kegiatan ekonomi²⁴ Akibat dari monopoli negara atas sumber daya ekonomi, aktivitas ekonomi masyarakat tidak berkembang, sementara beban negara bertambah berat karena harus menanggung semua kebutuhan masyarakat.²⁵ Akibatnya menimbulkan penderitaan dan penyengsaraan rakyat banyak. Inilah sebagian keburukan dan kekurangan negara hukum sosialis yang berlandaskan paham *Marxisme* yang dalam konteks Indonesia diperbaharui oleh Moh. Hatta dengan sosialisme kooperatif yang dituangkan dalam Pasal 33 UUDN RI Tahun 1945.

Kekurangan-kekurangan tipe negara hukum dengan paham Liberalisme-individualis dan paham Marxisme-sosialis telah menarik perhatian dan menimbulkan reaksi yang diwujudkan dalam usaha dan

²² Ronald Z. Titahelu, *Op. cit.*, hlm. 99; Lihat juga, Ignas Kleden, *Legislasi .Antikomunis atau Antiketidakadilan*, *Kompas*, Jakarta, 21 April 1999, hlm. 4.

²³ Ronald Z. Titahelu, *Ibid*, hlm. 5

²⁴ Bagir Manan, *Politik... Op. cit.* hlm. 10

²⁵ Ellydar Chaidir, *Op., cit*, hlm. 39.

ataupun mengganti sama sekali dengan sistem lain. Dalam usaha itu tampaklah konsep baru yang bersifat pragmatis, yang berusaha mempertahankan kebebasan dalam negara hukum sambil membenarkan negara campur tangan untuk penyelenggaraan kesejahteraan rakyat (*citizenry welfare*) dan kesejahteraan umum (*public welfare*). Konsep yang berusaha memadukan paham liberalis-individualis dengan paham kolektivis.

Paham tersebut melahirkan konsepsi tentang *socio capitalis state* atau *newliberalism* yang mengutamakan fungsi welfare.²⁶ Konsepsi yang demikian, menurut Mac Iver,²⁷ negara tidak dipandang lagi sebagai alat kekuasaan (*instrument of power*) semata-mata, tetapi mulai dipandang sebagai alat pelayanan (*an agency of services*). Paham yang pragmatis ini melahirkan konsepsi negara kesejahteraan (*welfare state*)²⁸ atau negara hukum modern atau negara hukum materiil yang ciri-cirinya sebagai berikut:

1. Dalam negara hukum kesejahteraan yang diutamakan adalah terjaminnya hak-hak asasi sosial-ekonomi rakyat;
2. Pertimbangan-pertimbangan efisiensi dan manajemen lebih diutamakan dibanding pembagian kekuasaan yang berorientasi politis, sehingga peranan eksekutif lebih besar daripada legislatif;
3. Hak milik tidak bersifat mutlak;
4. Negara tidak hanya menjaga ketertiban dan keamanan atau sekedar penjaga malam (*Nachtwakerstaat*), melainkan negara turut serta dalam usaha-usaha sosial maupun ekonomi;
5. Kaidah-kaidah hukum Administrasi semakin banyak mengatur sosial ekonomi dan membebankan kewajiban tertentu kepada warganegara.
6. Peranan Hukum Publik condong mendesak Hukum Privat, sebagai konsekuensi semakin luasnya peranan negara;
7. Lebih bersifat negara hukum materiil yang mengutamakan keadilan sosial yang materiil pula.

Berdasarkan ciri-ciri di atas, jelaslah bahwa dalam konsep negara kesejahteraan peranan negara pada posisi yang kuat dan besar dalam menciptakan kesejahteraan umum (*public welfare*) dan keadilan sosial (*social justice*). Konsepsi negara yang demikian dalam berbagai literatur

²⁶ Le Sueur AP & Herberg JW, *Op. cit*, hlm. 54

²⁷ Mac Iver, *The Modern State*, Oxford University Press, London, 1950, hlm.4

²⁸ Negara kesejahteraan lahir akibat adanya *the great depression* yang melanda negara-negara Barat yang menganut asas *laissez faire*. Pada tahun 1930-an muncul seorang ekonom Inggris, John Maynard Keynes yang menganjurkan bahwa pemerintah dapat mencampuri kegiatan ekonomi rakyat dengan tujuan untuk mewujudkan kesejahteraan umum. Dari pandangan inilah kemudian muncul konsep negara kesejahteraan.

disebut dengan berbagai istilah antara lain; *social services state* atau *agency of services*" (negara sebagai alat pelayanan).

Konsep negara hukum modern selain mengharuskan setiap tindakan negara/pemerintah berdasarkan atas hukum, juga negara/pemerintah disertai pula peran, tugas dan tanggung jawab yang luas untuk mensejahterakan masyarakat. Dari berbagai konsepsi negara hukum modern menurut Bagir Manan²⁹ pada intinya memuat tiga aspek utama yaitu; aspek politik, aspek hukum itu sendiri dan aspek sosial-ekonomi. Dari aspek politik antara lain pembatasan kekuasaan negara, dari aspek hukum, antara lain, supremasi hukum, asas legalitas dan *the rule of law*, sedangkan dari aspek sosial-ekonomi adalah keadilan sosial (*social justice*) dan kesejahteraan umum (*public welfare*). Titik tolak dari ketiga aspek tersebut di atas adalah hak asasi dan kesejahteraan sosial-ekonomi.

Berbeda halnya dengan konsepsi negara hukum klasik, dimana hak asasi hanya ditekankan pada hak-hak politik saja, hal ini dianggap tidak memuaskan, sehingga hak asasi diperluas ke lapangan sosial yaitu hak asasi sosial (*sociale grondrechten* atau *sociale mensenrechten*).³⁰ Karena hak asasi sosial memberikan wewenang, tugas dan tanggung jawab pada negara atau pemerintah untuk memasuki atau ikut serta dalam peri kehidupan individu maupun masyarakat. Pengertian yang demikian melahirkan paham demokrasi ekonomi atau kerakyatan di bidang ekonomi.

Dalam kajian ini aspek yang paling relevan adalah aspek sosial ekonomi dari konsep negara hukum. Kemudian hal yang esensial ialah persoalan keadilan sosial dan kesejahteraan seluruh warga masyarakat. Paham keadilan sosial acapkali dibatasi pada keadilan ekonomi saja, padahal menurut Bagir Manan, keadilan sosial harus mencakup segala segi kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Namun harus diakui, keadilan ekonomi, merupakan faktor yang sangat menonjol dalam

²⁹ Bagir Manan, *Hubungan Antara Pusat dan Daerah Menurut UUD 1945*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1994, hlm. 38.

³⁰ Bagir Manan, *Hubungan Antara..... Ibid.* 39

bentuk kewajiban negara dan pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan umum dan sebesar-besarnya kemakmuran rakyat.³¹

Dalam kaitan dengan keadilan ekonomi dan hak penguasaan negara atas sumber daya alam, dibutuhkan penciptaan dan penataan sistem penyelenggaraan ekonomi yang berpihak kepada rakyat. Penciptaan dan penataan sistem yang dimaksud dengan mengembalikan dan melaksanakan berbagai dasar yang telah ada, baik yang bersifat filosofis, ideologi maupun konstitusionil.³²

Penataan sistem penyelenggaraan ekonomi yang berpihak kepada rakyat tidak terlepas dari fungsi negara itu sendiri dalam bidang ekonomi. Secara teoritik, Wolfgang Friedman mengemukakan empat fungsi negara di dalam bidang ekonomi yaitu;

1. fungsi negara sebagai *provider* (penjamin) kesejahteraan rakyat;
2. fungsi negara sebagai *regulator* (pengatur);
3. fungsi negara sebagai *entrepreneur* (pengusaha) atau menjalankan sektor-sektor tertentu melalui *state owned corporations* (BUMN) dan;
4. fungsi negara sebagai *umpire* (pengawas, wasit) untuk merumuskan standar yang adil mengenai kinerja sektor ekonomi termasuk perusahaan negara (*State corporation*).³³

Jika dilihat konsep negara hukum kesejahteraan di atas dalam konteks Indonesia, maka jelaslah bahwa Indonesia menganut konsep negara hukum kesejahteraan tersebut sesuai dengan amanat Pembukaan UUDN RI Tahun 1945 alinea ke empat yang merupakan tujuan negara Republik Indonesia yakni melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial.

Berdasarkan ketentuan pembukaan UUDN RI Tahun 1945 alinea ke empat tersebut, memuat 4 (empat) fungsi pokok negara, yaitu;

³¹ Bagir Manan, "Peranan Hukum dalam Pergeseran Nilai Sosial Budaya Masyarakat Memasuki Era Reformasi," *Makalah*, FISIP-UNPAD, 1999, hlm. 7.

³² Bagir Manan, *Ibid*, hlm. 8

³³ W. Friedmann, *The State and The Rule of Law in A Mixed Economy*, Stevens and Sons, London, 1971, hlm. 3.

1. Fungsi melindungi (*Protection function*), yaitu negara berkewajiban untuk melindungi seluruh tumpah darah Indonesia.
2. Fungsi kesejahteraan (*Welfare function*), negara wajib untuk mewujudkan kesejahteraan bagi seluruh rakyatnya.
3. Fungsi pendidikan (*Educational function*), negara memiliki kewajiban untuk mencerdaskan kehidupan bangsa.
4. Fungsi perdamaian (*Peacefulness function*), Negara wajib menciptakan perdamaian dalam kehidupan bernegara dan bermasyarakat, baik ke dalam maupun ke luar.

Sehubungan dengan tujuan bernegara bangsa Indonesia sebagaimana tercantum pada pembukaan UUDN RI Tahun 1945 tersebut, para pakar menyebutkan bahwa tujuan negara seperti itu mencerminkan tipe negara hukum kesejahteraan. Oleh karena itu, Sri Soemantri Martosoewignjo³⁴ berpendapat bahwa pemikiran tipe negara hukum sebagai penjaga malam mau tidak mau harus menyingkir untuk diganti dengan pemikiran tipe negara kesejahteraan (*welvaartstaat/welfare state*). Pernyataan ini disampaikan dengan mengacu pada pembukaan UUDN RI Tahun 1945 sebagaimana disebutkan di atas. Sementara Wirjono Prodjodikoro³⁵ berpendapat bahwa tugas pemerintah yang digambarkan untuk memajukan kesejahteraan umum ditambah dengan mencerdaskan kehidupan bangsa, adalah sudah semestinya dan sebenarnya *inherent* atau tersirat pada pemerintahan tipe negara hukum kesejahteraan.

Namun demikian tipe negara hukum kesejahteraan yang dianut di Indonesia berbeda dengan negara kesejahteraan yang dianut pada negara-negara maju. Negara kesejahteraan Indonesia sesuai dengan kepribadian bangsa Indonesia yang berdasarkan Pancasila atau seperti istilah yang pernah dikemukakan oleh Muhammad Yamin³⁶ dalam pidatonya dihadapan sidang BPUPKI pada tanggal 29 Mei 1945 sebagai Negara Kesejahteraan Baru (*New Welfare State*).

Negara hukum Indonesia lebih condong kepada tipe negara hukum pembangunan, bukan negara kesejahteraan yang rakyatnya pasif, sementara pemerintahnya sibuk mempersiapkan segala macam pelayanan kesejahteraan sosial. Tipe negara kesejahteraan menciptakan

³⁴ Sri Soemantri Martosoewignjo, *Bunga Rampai Hukum Tata Negara Indonesia*, Alumni Bandung, 1992, hlm. 43.

³⁵ Wirdjono Prodjodikoro, *Asas-Asas Hukum Tata Negara Indonesia*, Dian Rakyat, Jakarta, 1970, hlm. 42.

³⁶ Muhammad Yamin, dalam Max Boli Sabon, *Op., cit*, hlm. 497.

ketergantungan rakyat yang sangat berlebihan kepada negara. Padahal di Indonesia rakyat turut serta secara aktif terlibat atau berperan serta dalam pembangunan untuk terwujudnya kesejahteraan masyarakat. Tipe negara hukum seperti di Indonesia menurut Max Boli Sabon³⁷ lebih tepat disebut sebagai tipe negara hukum pembangunan yang minimal mengandung ciri-ciri sebagai berikut:

- a. adanya partisipasi, dan kontribusi dari rakyat untuk turut serta dalam proses pembangunan, dan pada gilirannya rakyat itu sendiri menikmati hasil pembangunan secara adil dan merata berdasarkan Pancasila, khususnya sila keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia;
- b. kesejahteraan rakyat yang diupayakan bukanlah kesejahteraan yang dicapai berdasarkan tujuan negara yang terminal utopistis dengan berorientasi pada target hasil pembangunan, melainkan tujuan negara yang selalu dinamis sepanjang hayat hidup manusia di bumi ini, tanpa orientasi target, melainkan orientasi proses, maka tipe negara hukum juga harus mampu mengakomodasikan perubahan yang terus-menerus.

Pada negara berkembang seperti Indonesia penerapan konsep negara kesejahteraan sulit diterapkan seperti pada negara-negara maju karena membutuhkan anggaran negara yang besar didukung oleh sarana sosial seperti asuransi dan perbankan yang memadai. Pada negara berkembang yang sedang giat-giatnya melaksanakan pembangunan membutuhkan partisipasi aktif masyarakat untuk turut serta berperan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan bagi seluruh rakyat.

Dengan demikian konsep dasar dalam menerjemahkan kewajiban negara untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat, di Indonesia dilakukan bersama-sama antara masyarakat dan pemerintah. Hal ini terlihat dalam hal pengelolaan MUTU PELAYANAN KESEHATAN. Dalam hal ini negara berkewajiban untuk mengelola ternak untuk kepentingan penelitian, ilmu pengetahuan, pendidikan, menunjang budidaya, budaya, yang kemudian secara tidak langsung memberikan kesejahteraan kepada masyarakat.

2. Teori Cita Hukum (*Rechtsidee Theory*)

³⁷ Max Boli Sabon, *Op., cit.*, hlm. 518.

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.³⁸

Pandangan Gustav Radbruch tersebut dapat dipahami melalui teks asli sebagai berikut:³⁹

De rechtsidee niet allen alseen regulatieve maatstaaf fungeert (om het positieve recht op zijn rechtvaardigheid of onrechtvaardigheid toetsen), maar tegelijk als constitutive grondslag (zonder welke het recht, dat de rechtsidee der gerechtigheit de grondslag vormt van recht, dat met de idee in strijd kan zijn (onrechtvaardigrecht)

Dengan demikian, setiap proses pembentukan dan penegakan serta perubahan-perubahan yang hendak dilakukan terhadap hukum tidak boleh bertentangan dengan cita hukum yang disepakati. Hans Kelsen menyebut cita hukum sebagai *Grundnorm* atau *Basic norm*.⁴⁰

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 hukum⁴¹ 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

³⁸ Esmi Warassih, *Pranata Hukum Sebuah Telaah Sosiologis*, PT. Suryandaru Utama, Semarang, 2005, hlm. 43

³⁹ Gustav Radbruch dalam Esmi Warassih, Pranata.....*Ibid*, hlm. 44

⁴⁰ Esmi Warassih, *Ibid*, hlm. 46

⁴¹ Tiga nilai dasar hukum ini disebut juga tiga ide dasar hukum dan tiga asas hukum, Lihat Chainur Arrasjid, *Op.cit*, hlm. 17

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.⁴²

Berkaitan dengan cita hukum di Indonesia, maka pancasila dikatakan sebagai cita hukum (*rechtsidee*)⁴³ dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Cita hukum (*rechtsidee*) menurut Rudolf Stammmler⁴⁴ 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.

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.⁴⁵

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

⁴² Chainur Arrasjid, *Ibid*, hlm. 18

⁴³ 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 atau 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 Peratuan Indonesia*, BP-7 Pusat, Jakarta, 1996, hlm. 133.

⁴⁴ Rudolf Stammmler dalam Theo Hujbers, *Filsafat Hukum dalam Lintasan Sejarah*, Kanisius, Yogyakarta, 1995, hlm. 129.

⁴⁵ Hamid S Attamimi, *Peranan Keputusan Presiden...*, *Op., cit*, hlm. 309.

ditangkap, diolah, dan diramu oleh filsafat hidup dari suatu masyarakat hukum.⁴⁶ 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.⁴⁷ Dari unsur-unsur konsep ini, ditarik asas-asas hukum.

Secara spesifik Stammer mengidentifikasi 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 transedental 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.⁴⁸

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.⁴⁹

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

⁴⁶ M. Koesnoe, "Perumusan dan Pembinaan Cita Hukum dan Asas-Asas Hukum Nasional", *Majalah Hukum Nasional*, No. 2, 1995, BPHN, Jakarta, 1995, hlm. 80.

⁴⁷ M. Koesnoe, *Ibid*, hlm. 76.

⁴⁸ *Badan Pembinaan Hukum Nasional dari Masa ke Masa*, BPHN Departemen Kehakiman RI, Jakarta, 1995, hlm. 246-247.

⁴⁹ Arief Sidharta, *Op., cit*, hlm. 181.

Pancasila berbeda dengan cita hukum yang orientasi falsafahnya liberalisme ataupun sosialisme.

Falsafah hidup Indonesia adalah Pancasila, merupakan asas kerohanian negara, norma dasar, cita hukum, dan sumber dari segala sumber hukum.⁵⁰ Hal ini sesuai dengan pendapat Hamid S. Attamimi yang mengemukakan bahwa:⁵¹

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:⁵²

- 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.

⁵⁰ M. Noor Syam, *Penjabaran Filsafat Pancasila dalam Filsafat Hukum (Sebagai Landasan Pembinaan Sistem Hukum Nasional)*, Laboratorium Pancasila IKIP Malang, 2000, hlm. vi.

⁵¹ Hamid S Attamimi, *Peranan Keputusan Presiden...*, *Op., cit.*, hlm. 333.

⁵² 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 meliputi dan dijiwai oleh sila sebelumnya yang harus diimplementasikan melalui produk peraturan perundangan di bidang Pengelolaan MUTU PELAYANAN KESEHATAN yang sudah tentu harus dijiwai semangat, "Ketuhanan Yang Maha Esa", semangat, "Kemanusiaan yang Adil dan Beradab", semangat, "Persatuan Indonesia", semangat, "Kerakyatan yang Dipimpin oleh Hikmat Kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan". Dengan semangat, "Ketuhanan Yang Maha Esa", maka produk peraturan perundangan tentang Naskah Akademik rancangan perda pengelolaan MUTU PELAYANAN KESEHATAN 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 kefilosofatan 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 Pengelolaan MUTU PELAYANAN KESEHATAN.

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 Pembangunan⁵³ dari Mochtar Kusumaatmaja. Ada beberapa argumentasi krusial mengapa Teori Hukum Pembangunan tersebut banyak mengundang banyak perhatian yang apabila dijabarkan aspek tersebut secara global adalah sebagai berikut:⁵⁴ *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 tolok 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 live*) 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 engeneering*) dan hukum sebagai suatu sistem sangat diperlukan bagi bangsa Indonesia sebagai negara yang sedang berkembang.

⁵³ Istilah lain yang digunakan untuk menyebut Teori Hukum Pembangunan adalah Teori Pembangunan Hukum dan Konsep Pembangunan Hukum. Pembangunan Hukum lebih ditujukan untuk 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 tanggungjawab sosial setiap anggota masyarakat, mengayomi masyarakat, memberi rasa aman dan tentram, menciptakan iklim yang mendorong kreativitas, mendorong partisipasi masyarakat, dan mendukung stabilitas nasional yang dinamis. (Bab IV GBHN)

⁵⁴ 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

Jika dikaitkan dengan topik kajian Naskah Akademik rancangan perda pengelolaan MUTU PELAYANAN KESEHATAN ini, maka teori hukum pembangunan ini sangat berguna untuk menganalisis prinsip-prinsip dalam pengelolaan MUTU PELAYANAN KESEHATAN di NTB.

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. Laswell dan Myres S. Mc Dougal (*Policy Approach*) ditambah dengan teori Hukum dari Roscoe Pound. Mochtar Kusumaatmadja mengolah semua masukan tersebut dan menyesuaikannya pada kondisi Indonesia.⁵⁵

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.

⁵⁵ Shidarta dalam Lilik Mulyadi, *Teori Hukum Pembangunan..... ibid.*

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:⁵⁶

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.

Lebih detail Mochtar Kusumaatmadja mengatakan, bahwa:⁵⁷

"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."

⁵⁶ Shidarta dalam Lilik Mulyadi, *Ibid*.

⁵⁷ Mochtar Kusumaatmadja, *Konsep-Konsep Hukum dalam Pembangunan (Kumpulan Karya Tulis)* Penerbit Alumni, Bandung, 2002, hlm. 14

Perkembangan berikutnya, konsep hukum pembangunan ini akhirnya diberi nama oleh para murid-muridnya dengan "Teori Hukum Pembangunan" atau lebih dikenal dengan Madzhab UNPAD. Ada 2 (dua) aspek yang melatarbelakangi kemunculan teori hukum pembangunan, yaitu:⁵⁸ (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 jamannya. 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.⁵⁹

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 atau ketertiban dalam usaha pembangunan dan pembaharuan itu merupakan suatu yang diinginkan atau dipandang (mutlak) perlu.⁶⁰ 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.

⁵⁸ Lili Rasjidi dan IB. Wyasa Putra, *Hukum sebagai Suatu Sistem*, Mandar Maju, Bandung, 2003, hlm. 182

⁵⁹ Mochtar Kusumaatmadja dalam Lilik Mulyadi, *Op.cit.*

⁶⁰ Mochtar Kusumaatmadja, *Hukum, Masyarakat, dan Pembinaan Hukum Nasional*, Penerbit Binacipta, Bandung, 1995, hlm. 13

Tolok ukur konteks di atas menunjukkan ada 2 (dua) dimensi sebagai inti Teori Hukum Pembangunan yang diciptakan oleh Mochtar Kusumaatmadja, yaitu:⁶¹

- 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.⁶²

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 (*proses*) 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 kenyataannya

⁶¹ Mochtar Kusumaatmadja, *Ibid*, hlm. 14

⁶² Sjachran Basah, *Perlindungan Hukum terhadap Sikap Tindak Administrasi Negara*, Penerbit Alumni, Bandung, 1992, hlm. 13

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*.⁶³

Teori hukum pembangunan berlandaskan kepada teori-teori hukum dan keadaan-keadaan sebagai berikut:⁶⁴

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 Kusumaatmaja, 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 konsepsi *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.⁶⁵

Inti dari teori hukum pembangunan yang dikemukakan oleh Mochtar Kusumaaatmadja adalah bahwa tidak hanya kaidah hukum, atau

⁶³ Lilik Mulyadi, *Op.cit*, hlm. 6

⁶⁴ Lili Rasjiidi dan IB Wyasa Putra, *Op.cit*, hal 183

⁶⁵ Munir Fuady, *Dinamika Teori Hukum*, Ghalia Indonesia, Bogor, 2007, hlm. 165.

peraturan hukum, tetapi juga lembaga atau institusi dan proses, mempunyai andil yang besar dalam menunjang tujuan yang ingin dicapai dalam pembangunan.⁶⁶ Dengan kata lain hukum secara luas tidak hanya kaidah tetapi juga institusi dan proses.⁶⁷

Menurut Sunaryati Hartono, makna pembangunan hukum meliputi empat usaha, yaitu sebagai berikut:⁶⁸

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.⁶⁹

Dalam hubungannya dengan Naskah Akademik ini, maka teori perlindungan hukum akan digunakan membahas bagaimana pemerintah daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat 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 menuangkan usulan-usulan, kebijakan-kebijakan dan/atau aspirasi-aspirasi masyarakat untuk tujuan pembangunan daerah. Diharapkan dari Peraturan Daerah, pemerintah daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat mampu menetapkan aturan-aturan yang dapat menunjang pembangunan daerah ke arah yang lebih baik dan lebih maju. Meskipun dalam kenyataannya masih banyak peraturan-peraturan daerah yang belum mampu memfasilitasi proses pembangunan demi kemajuan daerah.

⁶⁶ Mochtar Kusumaatmadja, *Fungsi Hukum dalam Pembangunan.*, Bina Cipta Jakarta, 1976, hlm. 7

⁶⁷ Mochtar Kusumaatmadja, *Ibid*, hlm. 8

⁶⁸ Sunaryati Hartono, *Hukum Ekonomi Pembangunan Indonesia*, Binacipta Bandung, 1982.

⁶⁹ Sukarmi, *Cyber Law, Kontrak Elektronik dalam bayang-bayang pelaku usaha*, Pustaka Sutra, Bandung, 2008, hlm. 17

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 Provinsi Nusa Tenggara Barat 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 jo. Pasal 137 UU No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, khususnya menyangkut asas dapat dilaksanakan, kedayagunaan dan kehasilgunaan, dan kejelasan rumusan.

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:⁷⁰

1. Asas-asas Formil

Asas formil 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 (*vernietegbaar*) atau batal demi hukum (*vanrechtswege nieteg*), bila dibuat oleh lembaga atau organ yang tidak berwenang;

⁷⁰<http://zalirais.wordpress.com/2013/09/12/asas-asas-dan-teori-pembentukan-perundang-undangan> di unduh pada 12 September, 2013

- c. Asas kedesakan pembuatan pengaturan (*het noodzakelijkheidsbeginsel*);
- d. Asas kedapatlaksanaan (dapat dilaksanakan) (*het beginsel van uitvoerbaarheid*), 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*);
- 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 pembentuk 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:⁷¹

1. Asas pengayoman

bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundangundangan harus berfungsi memberikan perlindungan untuk menciptakan ketentraman masyarakat

2. Asas kemanusiaan

bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundangundangan 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 Perundangundangan harus mencerminkan musyawarah untuk mencapai mufakat dalam setiap pengambilan keputusan;

5. Asas kenusantaraan

bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundangundangan 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 Perundangundangan harus memperhatikan keragaman penduduk, agama, suku dan golongan,

⁷¹ Pasal 6 Ayat (1) Uu No. 11 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan

kondisi khusus daerah serta budaya dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara;

7. Asas keadilan

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 perundang-undangan, 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. *Staatsgrundgezets* (aturan dasar negara);
3. *Formell Gezetz (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 bintang pemandu 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.⁷² 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

⁷² Pasal 6 Ayat (2) Uu No. 11 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan

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 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 antartingkat sosial ekonomi, antarkawasan, 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 perdesaan 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. Pada tahun 2002, untuk setiap 100.000 penduduk hanya tersedia 3,5 Puskesmas. Itu pun sebagian penduduk, terutama yang tinggal daerah terpencil, tidak memanfaatkan Puskesmas karena keterbatasan sarana transportasi dan kendala geografis.

Pelindungan masyarakat di bidang obat dan makanan masih rendah. Dalam era perdagangan bebas, 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 SDKI 2002-2003 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 2004 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. Akibatnya, banyak puskesmas, terutama di daerah terpencil yang hanya dilayani oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya. Susenas 2004 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 yang Dihadapi Masyarakat

a. Masalah Gizi Buruk

Masalah kesehatan yang menimbulkan perhatian masyarakat cukup besar akhir-akhir ini adalah masalah gizi kurang dan gizi buruk. Walaupun sejak tahun 1989 telah terjadi penurunan prevalensi gizi kurang yang relatif tajam, mulai tahun 1999 penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita relatif lamban dan cenderung tidak berubah. Saat ini terdapat 10 provinsi dengan prevalensi gizi kurang di atas 30, dan bahkan ada yang di atas 40 persen, yaitu di Provinsi Gorontalo, Nusa Tenggara Barat (NTB), Nusa Tenggara Timur (NTT), dan Papua.

Kurang energi dan protein pada tingkat parah atau lebih populer disebut busung lapar, dapat menimbulkan permasalahan kesehatan yang besar dan bahkan dapat menyebabkan kematian pada anak. Menurut data Susenas 2003, diperkirakan sekitar 5 juta (27,5 persen) anak balita menderita gizi kurang, termasuk 1,5 juta (8,3 persen) di antaranya menderita gizi buruk. Data Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa pada tahun 2004 masih terdapat 3,15 juta anak (16 persen) menderita gizi kurang dan 664 ribu anak (3,8 persen) menderita gizi buruk. Pada tahun 2005 dilaporkan adanya kasus gizi buruk tingkat parah atau busung lapar di Provinsi NTB dan NTT, serta beberapa provinsi lainnya. Penderita kasus gizi buruk terbesar yang dilaporkan terjadi di Provinsi NTB, yaitu terdapat 51 kasus yang dirawat di rumah sakit sejak Januari sampai dengan Mei 2005. Jumlah kasus di sembilan

provinsi sampai Juni 2005 dilaporkan sebanyak 3.413 kasus gizi buruk dan 49 di antaranya meninggal dunia.

Munculnya kejadian gizi buruk ini merupakan "fenomena gunung es" yang menunjukkan bahwa masalah gizi buruk yang muncul hanyalah sebagian kecil dari masalah gizi buruk yang sebenarnya terjadi. Di Provinsi NTB, misalnya, berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan sejak Januari-Juni 2005 hanya ditemukan sekitar 900 kasus. Namun, diperkirakan terdapat 2.200 balita marasmus kwashiorkor. Masalah busung lapar terutama dialami oleh anak balita yang berasal dari keluarga miskin.

Dua faktor penyebab utama terjadinya gizi buruk tersebut adalah rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan terjadi dalam kurun waktu yang lama. Penyebab kedua adalah terjadinya serangan penyakit infeksi yang berulang. Kedua faktor ini disebabkan oleh tiga hal secara tidak langsung, yaitu (1) ketersediaan pangan yang rendah pada tingkat keluarga; (2) pola asuh ibu dalam perawatan anak yang kurang memadai; dan (3) ketersediaan air bersih, sarana sanitasi, dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terbatas. Penyebab tidak langsung tersebut merupakan konsekuensi dari pokok masalah dalam masyarakat, yaitu tingginya pengangguran, tingginya kemiskinan, dan kurangnya pangan.

b. Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit Menular

Masalah kesehatan lainnya yang menjadi keprihatinan masyarakat adalah terjadinya KLB berbagai penyakit menular. Penyakit menular yang diderita oleh masyarakat sebagian besar adalah penyakit infeksi seperti tuberkulosis paru yang saat ini menduduki urutan ke-3 terbanyak di dunia, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, dan diare. Selain itu Indonesia juga menghadapi emerging diseases (penyakit yang baru berkembang) seperti HIV/AIDS dan Severe Acute Respiratory Syndrom (SARS) dan re-emerging diseases (penyakit yang sebelumnya mulai menurun, tetapi meningkat kembali) seperti demam berdarah dengue (DBD) dan TB paru.

Salah satu penyakit menular yang akhir-akhir ini menonjol adalah munculnya kasus polio di beberapa wilayah seperti Provinsi Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, Lampung, dan DKI Jakarta. Polio merupakan penyakit menular yang sangat berbahaya yang disebabkan oleh virus yang menyerang

sistem syaraf dan bisa menyebabkan kelumpuhan menetap atau kematian. Satu dari 200 kasus infeksi virus akan menyebabkan kelumpuhan, 5–10 persen pasien meninggal dunia akibat kelumpuhan pada otot pernapasan. Tidak ada obat untuk penyakit polio. Penyakit ini hanya bisa dicegah dengan imunisasi. Vaksin untuk imunisasi ini aman dan oleh Majelis Ulama Indonesia (MUI) dinyatakan halal.

Sejak tahun 1995, kasus polio liar tidak pernah ditemukan lagi di Indonesia. Akan tetapi, Indonesia masih memiliki risiko terhadap virus polio impor dan risiko terhadap Vaccine Derived Polio Virus (VDPV) di daerah cakupan imunisasi rendah. Virus polio liar yang kembali muncul akhir-akhir ini di Indonesia diperkirakan berasal dari negara lain.

Kasus polio pertama dilaporkan pada bulan April 2005 pada anak umur 20 bulan di Desa Giri Jaya, Kecamatan Cidahu, Kabupaten Sukabumi, Provinsi Jawa Barat. Setelah dilakukan surveilans epidemiologi, kasus polio juga ditemukan di Kabupaten Lebak, Jawa Barat. Penularan kasus polio liar berkembang sangat cepat dan hingga saat ini sudah menyebar di lima provinsi yaitu Lampung, Banten, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan DKI Jakarta. Jumlah kasus positif yang dilaporkan sampai 1 Agustus 2005 berjumlah 189 kasus dengan 8 kasus di antaranya meninggal dunia.

Selain polio, penyakit menular yang cukup menjadi perhatian adalah flu burung (avian influenza). Penyakit ini dilaporkan mulai menyerang ayam ternak di Provinsi Bali, Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah dan Kalimantan Barat pada tahun 2003 dan awal tahun 2004. Pada awal Juli 2005, ditemukan 3 kasus korban jiwa manusia yang positif menderita flu burung yang terjadi di Tangerang, Banten. Selain dampak kesehatan, kejadian ini juga mengakibatkan keresahan masyarakat dan kerugian ekonomi yang cukup besar, khususnya bagi peternak.

Berbagai emerging dan re-emerging diseases, kasus polio, dan flu burung dapat terjadi antara lain karena tingginya mobilitas penduduk antarnegara. Dengan demikian penularan penyakit antarnegara (transnasional) ini dapat terjadi dengan mudah, mengingat semakin mudahnya transportasi manusia, hewan, dan lain-lain antarnegara.

Selain penyakit polio dan flu burung, penyakit DBD, malaria, TB paru, dan HIV/AIDS perlu pula mendapat penanganan yang memadai. Sejak

pertama kali ditemukan kasus DBD di Indonesia, jumlah kasus dan daerah terjangkit terus meningkat meskipun kasus kematian akibat DBD dapat ditekan. Sementara itu, meskipun angka kesakitan malaria cenderung menurun, prevalensi malaria masih cukup tinggi. Beberapa provinsi dengan angka kesakitan malaria yang tinggi adalah Provinsi Papua, Maluku, NTT, Sulawesi Tengah, dan Bangka Belitung. Dalam hal jumlah kasus penyakit TB paru, Indonesia menduduki peringkat ke-3 terbesar di dunia, setelah India dan Cina. Semua provinsi di Indonesia sampai dengan bulan Juni 2005, telah melaporkan penduduk yang terinfeksi HIV. Jumlah kumulatif penderita AIDS di Indonesia telah mencapai lebih dari 3.000 penderita.

c. Penanganan Masalah Kesehatan di Daerah Bencana

Bencana alam gempa dan tsunami yang terjadi di Aceh, Nias, Alor, dan Nabire telah menimbulkan dampak yang besar di bidang kesehatan. Banyak sekali korban yang meninggal, hilang, dan luka-luka. Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan banyak yang hancur dan tidak berfungsi secara optimal, seperti rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, kantor dinas kesehatan, balai laboratorium kesehatan (BLK), gudang farmasi, gudang vaksin, politeknik kesehatan (poltekes), dan kantor kesehatan pelabuhan. Bencana tsunami di Aceh mengakibatkan kerusakan pada 9 rumah sakit, 43 puskesmas, 59 puskesmas pembantu, 700 poliklinik desa, dan 55 puskesmas keliling, dan sarana lain seperti rumah sakit, laboratorium dan kantor dinas kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan yang meninggal atau hilang adalah 683 orang.

d. Masalah Tenaga Kesehatan

Indonesia saat ini mengalami kekurangan pada hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Pada tahun 2001, diperkirakan per 100.000 penduduk baru dapat dilayani oleh 7,7 dokter umum, 2,7 dokter gigi, 3,0 dokter spesialis, dan 8,0 bidan. Untuk tenaga kesehatan masyarakat, per 100.000 penduduk baru dapat dilayani oleh 0,5 sarjana kesehatan masyarakat, 1,7 apoteker, 6,6 ahli gizi, 0,1 tenaga epidemiologi, dan 4,7 tenaga sanitasi. Kondisi tenaga kesehatan pada tahun 2004 tidak jauh berbeda dengan itu karena sistem pendidikan masih belum bisa menghasilkan tenaga kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, serta sistem perekrutan dan pola insentif bagi tenaga kesehatan kurang optimal. Di

samping itu, jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan masyarakat masih belum memadai sehingga banyak puskesmas belum memiliki dokter dan tenaga kesehatan masyarakat. Keterbatasan ini diperburuk oleh distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Misalnya, lebih dari dua pertiga dokter spesialis berada di Jawa dan Bali. Disparitas rasio dokter umum per 100.000 penduduk antarwilayah juga masih tinggi dan berkisar dari 2,3 di Lampung hingga 28,0 di DI Yogyakarta.

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 provinsi, 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 136 ayat (4) Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, yang menyatakan hal yang sama yaitu; "*Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang bertentangan dengan kepentingan umum dan/atau peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.*"

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 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Pasal 25 huruf c, Pasal 42 ayat (1) huruf a, dan Pasal 136 ayat (1) yang masing-masing juga menyatakan hal serupa.
 - a. Pasal 25 huruf c berbunyi : "Kepala daerah mempunyai tugas dan wewenang menetapkan Perda yang telah mendapat persetujuan bersama DPRD";

Pasal 42 ayat (1) huruf a berbunyi: "DPRD mempunyai tugas dan wewenang membentuk Perda yang dibahas dengan kepala daerah untuk mendapat persetujuan bersama".

Pasal 136 berbunyi :

- (1) Perda ditetapkan oleh kepala daerah setelah mendapat persetujuan bersama DPRD.
- (2) Perda dibentuk dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah provinsi/ kabupaten/kota dan tugas pembantuan.
- (3) Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan penjabaran lebih lanjut dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dengan memperhatikan ciri khas masing-masing daerah.
- (4) Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang bertentangan dengan kepentingan umum dan/atau peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.
- (5) Perda sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berlaku setelah diundangkan dalam lembaran daerah.

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 Provinsi Nusa Tenggara Barat terdiri atas: (1) Peraturan Perundang-undangan yang merupakan dasar yang mengatur keberadaan daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat 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 mutu pelayanan kesehatan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
3. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1981 Nomor 76, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3209);
4. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. 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);
10. Undang-Undang Republik Indonesia 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);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1983 tentang Kesehatan Masyarakat Veteriner (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1983 Nomor 28, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3253) ;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);

16. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2007 Nomor 1);
17. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 7 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas-Dinas Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 7);
18. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009-2013 (Lembaran Daerah Tahun 2009 Nomor 14);
19. Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2008 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 32);
20. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 3 Tahun 2010 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009–2029 (Lembaran Daerah Tahun 2010 Nomor 26);
21. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 11 Tahun 2000 tentang pembentukan, Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas-dinas Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Daerah Tahun 2000 Nomor 11).

Berdasarkan peraturan tersebut di atas, maka esensi mutu pelayanan kesehatan bukan lagi memperkenalkan, mendayagunakan, melestarikan dan meningkatkan mutu obyek dan daya tarik keindahan NTB, melainkan berfungsi untuk: (1) meningkatkan pertumbuhan ekonomi; (2) menghapus kemiskinan, dan (3) mengatasi pengangguran.

Dengan demikian pengelolaan mutu pelayanan kesehatan mau tidak mau harus diurus dan dikelola secara profesional. Hal ini tentu saja, peraturan-peraturan daerah yang memuat dan mengatur mengenai mutu pelayanan kesehatan mengarah tidak dapat lagi sekedar mengejar redistribusi atau pengendalian, melainkan berupa peraturan daerah yang memberikan perspektif bagi pengembangan Provinsi Nusa Tenggara Barat 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 kedalam 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 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2008 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 32 Tahun 2004, 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 *recht idee* 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 hakekat 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 Provinsi Nusa Tenggara Barat Tentang MUTU PELAYANAN KESEHATAN 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 power*⁷³ yang merupakan kewenangan yang berada diluar dan sekaligus diatas system yang diaturnya. Karenaitu, 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.⁷⁴ 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 boleh 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.

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

⁷³ Op.cit.,hal 15, Brian Thompson

⁷⁴ J. Bryce, *Studies in History and Jurisprudence*, vol 1, (Oxford : Clarendon Pres, 1901),hal 151.

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 grondslag* 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 Nusa Tenggara Barat tiada lain hanya untuk kesejahteraan masyarakat, sehingga diperlukan upaya pembuatan perda mutu pelayanan kesehatan.

B. Landasan Sosiologis

Dalam mempelajari mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan teori atau perspektif sosiologi. Perspektif atau teori 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.⁷⁵ MUTU pelayanan kesehatan adalah fenomena kemasyarakatan yang menyangkut manusia, masyarakat, kelompok, organisasi, kebudayaan, dan sebagainya yang merupakan obyek kajian sosiologi.

Mutu pelayanan kesehatan dapat dikatakan sebagai penunjang keberhasilan ekonomi masyarakat pada umumnya dan masyarakat daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat 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.⁷⁶

C. Landasan Yuridis

Dalam Pasal 1 ayat 1 UUD 1945 menetapkan Negara Indonesia adalah Negara kesatuan yang berbentuk Republik, menganut azas 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 system pemerintahan Negara dan hak-hak asal usul daerah yang bersifat istimewa".⁷⁷

Menurut Undang-undang No.32 tahun 2004 Pasal 1 ayat 2 adalah:

"pemerintahan daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintahan daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas

⁷⁵ Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar* (Jakarta: PT. Raja Grafindo, 1990), hlm. 395.

⁷⁶ 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-besarnya 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).

⁷⁷ Undang-Undang Dasar 1945

pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam system dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia tahun 1945".⁷⁸

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. 32 Tahun 2004 pada bab IV tentang penyelenggaraan pemerintah, bagian kesembilan tentang perangkat daerah Pasal 124 ayat 1, 2, dan 3 disebutkan bahwa:

1. Dinas daerah merupakan unsur pelaksanaan otonomi daerah.
2. Dinas 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 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 Provinsi Nusa Tenggara Barat harus merujuk pada undang-undang yang terkait dengan mutu pelayanan kesehatan. Hal ini berarti bahwa pemerintah dan pemerintah daerah tidak

⁷⁸ Undang-Undang No.32 Tahun 2004 Tentang "Pemerintah Daerah" bab 1 pasal 1

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 meingimplentasi kewenangan yang sudah diberikan undang-undang. Adanya kewenangan yang jelas menyebabkan tidak ada lagi tumpang tindih pengaturan mutu pelayanan kesehatan. Pada sisi lain, pembuatan peraturan daerah tentang mutu pelayanan kesehatan yang sistematis akan memberikan kepastian hukum bagi pemerintah daerah.

BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN DAN RUANG LINGKUP PERDA

A. Ketentuan umum

Dalam ketentuan umum, dimuat tentang pengertian dan istilah-istilah umum yang terkait dengan mutu pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dalam Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat tentang mutu pelayanan kesehatan ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Nusa Tenggara Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
3. Gubernur adalah Gubernur Provinsi Nusa Tenggara Barat.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, yang selanjutnya disebut DPRD adalah Lembaga Perwakilan Rakyat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
1. Perangkat Daerah adalah organisasi/lembaga pada Pemerintah Daerah yang bertanggung jawab kepada Kepala Daerah dalam rangka penyelenggaraan Pemerintahan yang terdiri dari Sekretariat Daerah, Sekretariat DPRD, Dinas Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Kecamatan dan kelurahan.
2. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat.
3. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
4. Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat.
5. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat.
6. Upaya Kesehatan Perorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat

- serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan.
7. Pelayanan Kesehatan Swasta adalah setiap komponen penyelenggara upaya kesehatan non-pemerintah di Provinsi Nusa Tenggara Barat.
 8. 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.
 9. Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang ada di Provinsi Nusa Tenggara Barat.
 10. Sarana Kesehatan Penunjang adalah sarana kesehatan yang menunjang aktivitas sarana kesehatan dasar dan rujukan.
 11. Rumah Sakit Umum adalah sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
 12. Rumah Sakit Khusus adalah sarana kesehatan yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.
 13. Rumah Sakit Pendidikan adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan dan atau digunakan untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan Profesi Kedokteran dan Pendidikan kedokteran berkelanjutan.
 14. Rumah Bersalin adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kebidanan bagi wanita hamil, bersalin dan masa nifas fisiologik termasuk pelayanan Keluarga Berencana serta perawatan bayi baru lahir.
 15. Perawatan Kesehatan di rumah (*Home care*) adalah suatu komponen pelayanan kesehatan yang berkesinambungan yang komprehensif diberikan kepada individu atau keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal.
 16. Organisasi Profesi adalah organisasi yang bergerak di bidang profesi Tenaga Kesehatan yaitu : Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan

Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI), Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Kesehatan Indonesia (PATELKI), Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) dan/atau organisasi profesi kesehatan lainnya yang mempunyai struktur organisasi cabang di Provinsi Kalimantan Timur.

21. Pelayanan Medik Dasar adalah pelayanan medik terhadap individu atau keluarga dalam masyarakat yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan maksimal dokter umum atau dokter gigi.
22. Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan bahwa rumah sakit memenuhi standar minimal yang ditentukan.
23. Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak yang selanjutnya disingkat BKIA adalah tempat untuk memberikan pelayanan medik dasar kepada wanita hamil, bayi dan anak prasekolah, dan pelayanan Keluarga Berencana.
24. Balai Pengobatan/ Klinik adalah tempat untuk memberikan pelayanan medik dasar secara rawat jalan.
25. Praktek Perorangan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan.
26. Praktek Berkelompok adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara bersama oleh tenaga kesehatan.
27. Pelayanan Keperawatan adalah pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, yang menyangkut biopsikososiospiritual yang komprehensif.
28. Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar.
29. Lisensi adalah proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat izin praktek yang diberikan kepada tenaga profesi yang telah teregistrasi untuk melakukan pelayanan secara mandiri.
30. Sertifikasi adalah memberikan sertifikat (pengakuan) kepada institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang benar-benar memenuhi persyaratan (Program menjaga mutu pelayanan kesehatan).
31. Akreditasi adalah bentuk lain dari sertifikasi yang nilainya dipandang lebih

tinggi. lazimnya akreditasi dilakukan secara bertingkat, yakni sesuai dengan kemampuan institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

32. Lembaga Mandiri adalah Lembaga Perwakilan Masyarakat yang bergerak di bidang Kesehatan yang bersifat independen

B. Sasaran yang Akan Diwujudkan

Penyusunan Naskah Akademik ini akan mewujudkan sebuah Raperda tentang mutu pelayanan kesehatan di NTB, sehingga kegiatan ini merupakan sebuah upaya bagi Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat untuk lebih meningkatkan fungsi pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat dalam melayani masyarakat dalam bidang kesehatan.

Dengan demikian, melalui naskah akademik diharapkan dapat membentuk suatu Peraturan Daerah yang merupakan jawaban atas pelimpahan kewenangan dari Pemerintah yang sangat luas kepada Pemerintah Daerah dalam melakukan Pengelolaan peternakan di daerahnya masing-masing yang didasarkan pada tata kelola pemerintahan yang baik, karena dalam setiap proses perumusan, penerapan instrument, pencegahan, penanggulangan dan penegakan hukum mewajibkan pengintegrasian aspek transparansi, partisipasi, akuntabilitas, dan keadilan. Pembuatan Perda mutu pelayanan kesehatan ini diharapkan akan memberikan kepastian hukum serta akuntabilitas pelayanan kepada semua masyarakat di Nusa Tenggara Barat.

C. Jangkauan dan Arah Pengaturan

Jangkauan pengaturan Raperda tentang mutu pelayanan kesehatan adalah berupaya memberikan payung hukum yang jelas terhadap pelayanan kesehatan yang berada di daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat 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 mutu pelayanan kesehatan. Dengan demikian Peraturan Daerah lebih fokus pada pengaturan MUTU pelayanan kesehatan dengan harapan akan memberikan nilai tambah dengan tujuan akhir adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat khususnya di daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Arah yang akan diwujudkan dari mutu pelayanan kesehatan adalah adanya suatu sistem pengaturan yang terintegrasi antara oleh Provinsi Nusa Tenggara Barat. Pengaturan mutu pelayanan kesehatan ditujukan untuk menjamin kepastian hukum atas obyek yang dimiliki oleh pemerintah daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan memverifikasi, mengolongkan dan menyimpan arsip-arsip legalitas atas obyek-obyek mutu pelayanan kesehatan.

Selain itu tujuan pembentukan perda mutu pelayanan kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan pendapatan asli daerah yang berujung pada kesejahteraan masyarakat Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan jalan optimalisasi pengelolaan potensi mutu pelayanan kesehatan yang ada. Dengan demikian, pengaturan perlu dalam bentuk Peraturan Daerah yang tersendiri dimaksudkan untuk memberikan dasar hukum yang kuat sehingga pelayanan kesehatan dapat tersistem dengan baik.

D. Ruang Lingkup Materi Muatan

Pembahasan pada ruang lingkup terdiri dari tiga bagian, yaitu ruang lingkup wilayah ruang lingkup pembahasan, dan ruang lingkup substansi. Ruang lingkup wilayah mencakup batas wilayah studi yang berupa batas administratif. Sedangkan ruang lingkup pembahasan merupakan batasan pembahasan studi, dan lingkup substansi merupakan batasan pembahasan substansi yang akan digunakan dalam studi penelitian. Lingkup substansi yang akan digunakan dalam penelitian naskah akademik nantinya mencakup hal-hal yang berkaitan dengan perumusan konsep pengembangan kawasan wisata didasarkan atas daya dukung lingkungannya.

1. Materi dalam Ketentuan Umum

Dalam ketentuan umum ini, dimuat tentang pengertian dan istilah-istilah umum yang dimuat di dalam dan rancangan Peraturan Daerah, yaitu yang di maksud dengan beberapa hal antara lain:

1. Daerah adalah Provinsi Nusa Tenggara Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
3. Gubernur adalah Gubernur Provinsi Nusa Tenggara Barat.

4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, yang selanjutnya disebut DPRD adalah Lembaga Perwakilan Rakyat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
17. Perangkat Daerah adalah organisasi/lembaga pada Pemerintah Daerah yang bertanggung jawab kepada Kepala Daerah dalam rangka penyelenggaraan Pemerintahan yang terdiri dari Sekretariat Daerah, Sekretariat DPRD, Dinas Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Kecamatan dan kelurahan.
18. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat.
19. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
20. Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat.
21. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat.
22. Upaya Kesehatan Perorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan.
23. Pelayanan Kesehatan Swasta adalah setiap komponen penyelenggara upaya kesehatan non-pemerintah di Provinsi Nusa Tenggara Barat.
24. 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.
25. Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang ada di Provinsi Nusa Tenggara Barat.
26. Sarana Kesehatan Penunjang adalah sarana kesehatan yang menunjang aktivitas sarana kesehatan dasar dan rujukan.

27. Rumah Sakit Umum adalah sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
28. Rumah Sakit Khusus adalah sarana kesehatan yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.
29. Rumah Sakit Pendidikan adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan dan atau digunakan untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan Profesi Kedokteran dan Pendidikan kedokteran berkelanjutan.
30. Rumah Bersalin adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kebidanan bagi wanita hamil, bersalin dan masa nifas fisiologik termasuk pelayanan Keluarga Berencana serta perawatan bayi baru lahir.
31. Perawatan Kesehatan di rumah (*Home care*) adalah suatu komponen pelayanan kesehatan yang berkesinambungan yang komprehensif diberikan kepada individu atau keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal.
32. Organisasi Profesi adalah organisasi yang bergerak di bidang profesi Tenaga Kesehatan yaitu : Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI), Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Kesehatan Indonesia (PATELKI), Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) dan/atau organisasi profesi kesehatan lainnya yang mempunyai struktur organisasi cabang di Provinsi Kalimantan Timur.
33. Pelayanan Medik Dasar adalah pelayanan medik terhadap individu atau keluarga dalam masyarakat yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan maksimal dokter umum atau dokter gigi.
34. Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan bahwa rumah sakit memenuhi standar minimal yang ditentukan.
35. Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak yang selanjutnya disingkat BKIA adalah

- tempat untuk memberikan pelayanan medik dasar kepada wanita hamil, bayi dan anak prasekolah, dan pelayanan Keluarga Berencana.
36. Balai Pengobatan/ Klinik adalah tempat untuk memberikan pelayanan medik dasar secara rawat jalan.
 37. Praktek Perorangan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan.
 38. Praktek Berkelompok adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara bersama oleh tenaga kesehatan.
 39. Pelayanan Keperawatan adalah pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, yang menyangkut biopsikososiospiritual yang komprehensif.
 40. Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar.
 41. Lisensi adalah proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat izin praktek yang diberikan kepada tenaga profesi yang telah teregistrasi untuk melakukan pelayanan secara mandiri.
 42. Sertifikasi adalah memberikan sertifikat (pengakuan) kepada institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang benar-benar memenuhi persyaratan (Program menjaga mutu pelayanan kesehatan).
 43. Akreditasi adalah bentuk lain dari sertifikasi yang nilainya dipandang lebih tinggi. lazimnya akreditasi dilakukan secara bertingkat, yakni sesuai dengan kemampuan institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
 44. Lembaga Mandiri adalah Lembaga Perwakilan Masyarakat yang bergerak di bidang Kesehatan yang bersifat independen

2. Materi tentang Ruang Lingkup

Mutu kesehatan mencakup semua sarana pelayanan kesehatan baik langsung maupun tidak langsung yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta, mencakup :

1. Dinas Kesehatan Kota;
2. Rumah Sakit Umum;
3. Rumah Sakit Khusus;
4. Puskesmas dan jejaringnya;

5. Balai Pengobatan dan/atau Klinik;
6. Praktek Perorangan dan berkelompok;
7. Sarana kesehatan penunjang;
8. Sarana kesehatan alternatif dan komplementer;
9. Pengobatan Tradisional.

3. Materi tentang Maksud Dan Tujuan

Maksud dari peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam rangka :

- a. Menjaga keselamatan pengguna dan pemberi jasa pelayanan kesehatan untuk profesionalisme, keselamatan pasien (*patient safety*) dan tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan;
- b. Meningkatkan standar mutu pelayanan kesehatan;
- c. Mengendalikan jumlah dan penyebaran pelayanan kesehatan;
- d. Mengendalikan tarif pelayanan kesehatan;
- e. Memberikan informasi kepada masyarakat dan media massa;
- f. Memberikan informasi kepada lembaga regulator;
- g. Memberikan perlindungan hukum bagi penerima dan pemberi pelayanan kesehatan;

Tujuan dari peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang diharapkan sesuai dengan indikator mutu pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

4. Materi tentang Prinsip Penyelenggaraan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan diselenggarakan untuk dapat menjamin:

- a. Akses;
- b. Kompetensi teknis;
- c. Penerimaan (Acceptability) dan Pengakuan;
- d. Keselamatan;
- e. Hubungan antar manusia;
- f. Menghargai dan kepedulian;

- g. Ketepatan waktu;
- h. Efisiensi;
- i. Kenyamanan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dilakukan dengan cara:

- a. Pemberian ijin dan monitoring perijinan penyelenggaraan pelayanan kesehatan;
- b. Pemberian pengakuan atas pencapaian standar mutu pelayanan kesehatan dalam bentuk sertifikasi dan/atau akreditasi;
- c. Penetapan secara berkala tentang jumlah dan penyebaran pelayanan kesehatan yang dibutuhkan satu kali per tahun;
- d. Penetapan secara berkala pedoman tarif pelayanan kesehatan satu kali per tahun;
- e. Pemberian informasi secara berkala kepada masyarakat tentang tingkat mutu pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan menjadi tanggung jawab bersama baik pemerintah, organisasi profesi, lembaga pemberi biaya pertanggungan (asuransi), lembaga perwakilan masyarakat dan penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta. Pelaksanaan dilaksanakan sesuai dengan asas-asas pemerintahan yang baik dan bersih. Keberhasilan peningkatan mutu diukur dengan indikator yang akan ditetapkan dengan petunjuk teknis dan/atau petunjuk pelaksanaan sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.

5. Upaya Penyelenggaraan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Pemberian Ijin dan Monitoring Perijinan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Penyedia pelayanan kesehatan wajib memenuhi standar perijinan dan monitoring perijinan yang dikeluarkan oleh Badan Mutu; Dinas Kesehatan Kota melaksanakan perijinan dan monitoring perijinan pelayanan kesehatan berdasarkan kewenangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; Standar, prosedur dan instrumen yang digunakan untuk perijinan dan monitoring perijinan pelayanan kesehatan mengikuti ketentuan dari Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Provinsi; Dinas

Kesehatan Kota melaksanakan sosialisasi dan pembinaan kepada penyedia pelayanan kesehatan untuk dapat memenuhi standar perijinan dan monitoring perijinan; Pelaksanaan dapat dibantu oleh lembaga mandiri yang ditetapkan oleh Walikota.

b. Pemberian Pengakuan atas Pencapaian Standar Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Bentuk Sertifikasi dan Akreditasi

Penyedia pelayanan kesehatan diwajibkan untuk mendapatkan pengakuan atas pencapaian standar mutu pelayanan kesehatan; Pengakuan berbentuk : akreditasi rumah-sakit, akreditasi puskesmas, akreditasi laboratorium kesehatan, akreditasi medik dasar, sertifikat pelayanan prima, sertifikat ISO, sertifikat bidan delima, sertifikat dokter five stars, sertifikat peningkatan manajemen kinerja klinik (PMKK), sertifikat ATLS, sertifikat ACLS, sertifikat rumah sakit sayang ibu, sertifikat rumah sakit sayang bayi, sertifikat keselamatan pasien, sertifikat pelatihan untuk perawat, dan pengakuan lain yang akan ditetapkan dalam Keputusan Kepala Daerah atau pejabat di ditunjuk.

Standar, prosedur dan instrumen yang digunakan untuk sertifikasi dan akreditasi pelayanan kesehatan mengikuti ketentuan dari Pemerintah dan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kota; Dinas Kesehatan Kota menetapkan jenis sertifikasi standar mutu pelayanan kesehatan yang dianjurkan dapat diperoleh oleh penyedia pelayanan kesehatan; Dinas Kesehatan Kota dan lembaga mandiri mengorganisir pelaksanaan sosialisasi dan pembimbingan kepada penyedia pelayanan kesehatan untuk dapat memperoleh sertifikat pencapaian standar mutu pelayanan kesehatan; Dinas Kesehatan Kota memberikan penghargaan kepada penyedia pelayanan kesehatan yang berhasil mendapatkan sertifikat pencapaian mutu pelayanan kesehatan.

c. Penetapan Secara Berkala Tentang Jumlah dan Penyebaran Pelayanan Kesehatan yang Dibutuhkan

Dinas Kesehatan Kota secara berkala melaksanakan :

- a. Penghitungan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh daerahnya;
- b. Analisa penyebaran pelayanan kesehatan yang terdapat di daerahnya.

Melaksanaan perhitungan dan analisa dapat dibantu oleh lembaga Independent dan atau Badan Mutu. Dinas Kesehatan Kota berdasarkan hasil perhitungan dan analisa dapat mengajukan upaya tindak lanjut untuk menjamin akses pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakatnya. Upaya tindak lanjut dapat berbentuk pada :

- a. upaya melakukan *out sourcing* atau kontrak kerja untuk pengadaan pelayanan kesehatan;
- b. penetapan atau pembatasan area tertentu untuk pembukaan pelayanan kesehatan baru;
- c. pemberian penghargaan untuk pelayanan kesehatan di daerah tertentu akan diatur melalui Keputusan Wakikota.

Pelaksanaan sebagaimana akan diatur lebih lanjut melalui Peraturan Gubernur.

d. Penetapan Secara Berkala Tarif Pelayanan Kesehatan

Walikota dengan persetujuan DPRD secara berkala menetapkan pedoman harga/tarif yang berlaku untuk setiap jenis pelayanan kesehatan. Pedoman tarif dihitung berdasarkan hasil rata-rata perhitungan satuan biaya (*unit cost*) dengan pendekatan aktivitas berdasarkan penganggaran pada berbagai jenis pelayanan kesehatan; Pedoman tarif wajib diikuti untuk pelayanan kelas III dan pelayanan lain yang diberikan oleh sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah. Pelaksanaan perhitungan dapat dilakukan oleh lembaga Independen.

e. Pemberian Informasi Secara Berkala Kepada Masyarakat tentang Tingkat Mutu Pelayanan Kesehatan

Dinas Kesehatan Kota secara berkala memberikan informasi kepada masyarakat tentang pencapaian tingkat mutu pelayanan kesehatan. Informasi dapat berupa informasi :

- a. nama pelayanan kesehatan yang telah memenuhi standar perijinan;
- b. nama pelayanan kesehatan yang telah mendapatkan sertifikasi;
- c. akreditasi mutu;
- d. pencapaian indikator kinerja pelayanan.
- e. dan sejenisnya.

Informasi ditampilkan dalam bentuk media informasi berupa : media cetak, media audio visual, media internet. Dinas Kesehatan Kota wajib memantau efektifitas dari pemberian informasi bagi masyarakat dalam memilih pelayanan kesehatan yang diperlukan. Pelaksanaan pemberian informasi sebagaimana dimaksud ayat (1) dan pemantauan efektifitas dapat dilakukan oleh lembaga independen.

f. Pemberian Informasi Secara Berkala Kepada Lembaga Regulator tentang Tingkat Mutu Pelayanan Kesehatan

Penyedia pelayanan kesehatan secara berkala memberikan informasi kepada Dinas Kesehatan Kota tentang pencapaian tingkat mutu pelayanan kesehatan; Informasi berupa informasi pencapaian indikator kinerja pelayanan ditampilkan dalam bentuk media informasi berupa : media cetak, media audio visual, media internet;

6. Materi Tentang Peran Lembaga Penyelenggara Peningkatan Mutu Dan Standar Pelayanan Kesehatan

Lembaga Penyelenggaran Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan terdiri dari unsur :

1. Pemerintah;
2. Organisasi Profesi;
3. Lembaga Asuransi atau sejenisnya;
4. LSM/Media Massa;

Lembaga yang disebut Badan Mutu Ketentuan dan tata cara pelaksanaan Badan Mutu akan diatur melalui Peraturan Gubernur. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat secara langsung mengatur melalui registrasi, perijinan dan pembaharuan persyaratan, menetapkan aturan-aturan, standar-standar dan monitoring, kontrol kualitas dan keamanan, informasi publik dan pengiklanan.

Mengembangkan mekanisme penerapan hukum yang dapat digunakan oleh Pemerintah untuk menegakkan regulasi. Untuk menjalankan peran sebagai regulator mutu pelayanan kesehatan, pemerintah harus melakukan upaya-upaya peningkatan kompetensi seperti:

- a. pelatihan staf;

- b. re-strukturisasi organisasi;
- c. pembentukan dan bekerja sama dengan lembaga mandiri.

7. Materi tentang Pembiayaan Mutu

Pembiayaan yang dikeluarkan terhadap penyelenggaraan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dibebankan kepada pemerintah daerah dan/ atau penyelenggara pelayanan bersangkutan.

8. Materi tentang Pembinaan Dan Pengawasan

Pemerintah Provinsi bertanggung jawab atas pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan. Pembinaan oleh Pemerintah Provinsi dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Pembinaan penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan meliputi upaya untuk:

- a. Terciptanya pelayanan kesehatan yang adil, merata dan berkesinambungan;
- b. Berkembangnya peran serta pemerintah, organisasi profesi, penyedia pelayanan kesehatan, swasta, masyarakat dan lsm;
- c. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan.

9. Materi tentang Pengawasan

Pengawasan terhadap penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan serta penerapan ketentuan peraturan perundang-undangannya diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi.

10. Materi tentang Sanksi Administrasi

Kepala Daerah dapat mengenakan sanksi administratif atas pelanggaran Peraturan Daerah ini. Sanksi administrasi pasal ini adalah :

- a. Teguran lisan;
- b. Teguran tertulis;
- c. Penghentian sementara kegiatan;
- d. Denda administratif;
- e. Penangguhan perpanjangan ijin praktik/ijin operasional;
- f. Pencabutan ijin praktik dan ijin operasional.

11. Materi tentang Ketentuan Pidana

Pelanggaran terhadap Peraturan Daerah ini diancam pidana kurungan paling lama 3 (tiga) bulan dan atau denda paling banyak Rp. 50.000.000 (lima puluh juta rupiah); Tindak pidana adalah pelanggaran.

12. Materi tentang Ketentuan Penyidikan

Selain penyidik POLRI, penyidik atas tindak pidana pelanggaran dalam Peraturan Daerah ini dilaksanakan oleh Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS) dilingkungan Pemerintah Provinsi yang pengangkatannya berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku; Wewenang Penyidik Pasal ini adalah :

- a. Menerima, mencari, mengumpulkan, dan meneliti keterangan atau laporan berkenaan dengan adanya tindak pidana di bidang mutu pelayanan kesehatan agar keterangan atau laporan tersebut menjadi lengkap dan jelas ;
- b. Meneliti, mencari, mengumpulkan keterangan mengenai orang pribadi dan atau badan tentang kebenaran perbuatan yang dilakukan sehubungan dengan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan;
- c. Meminta keterangan atau barang bukti dari orang pribadi dan atau badan sehubungan dengan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan;
- d. Memeriksa buku-buku, catatan-catatan dan dokumen-dokumen lain berkenaan dengan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan;
- e. Melakukan penggeledahan untuk mendapatkan barang bukti pembukuan, pencatatan dan dokumen-dokumen lain serta melakukan penyitaan terhadap barang bukti tersebut;
- f. Meminta bantuan tenaga ahli dalam rangka pelaksanaan tugas penyidikan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan;
- g. Menyuruh berhenti, melarang seseorang meninggalkan ruangan atau tempat pada saat pemeriksaan sedang berlangsung dan memeriksa identitas orang, dokumen yang sedang dibawa sebagaimana dimaksud pada huruf e ;
- h. Memotret seseorang yang berkaitan dengan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan.;
- i. Memanggil orang untuk didengar keterangannya dan diperiksa sebagai tersangka atau saksi ;
- j. Menghentikan penyidikan ;

- k. Melakukan tindakan lain yang perlu untuk kelancaran penyidikan untuk pidana di mutu pelayanan kesehatan yang dapat dipertanggungjawabkan.

13. Materi tentang Ketentuan Penutup

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Daerah ini, sepanjang mengenai pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Peraturan Gubernur. Peraturan Daerah ini berlaku efektif terhitung sejak tanggal _____ Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Peraturan perundang-undangan yang relevan dengan peraturan mengenai MUTU PELAYANAN KESEHATAN di provinsi NTB adalah Peraturan Daerah tentang MUTU PELAYANAN KESEHATAN di Provinsi Nusa Tenggara Barat, sebab Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai salah satu kota di NTB, yang memiliki ternak yang potensial berkualitas baik yang dapat dimanfaatkan untuk kepentingan umum, komersil, penelitian, ilmu pengetahuan, pendidikan, menunjang budaya.
2. Landasan filosofis, sosiologis dan yuridis mengenai perlunya MUTU PELAYANAN KESEHATAN adalah: Bahwa dalam rangka memberikan pelayanan guna meningkatkan ketertiban dan keamana kepemilikan ternak, mencegah Pencurian Ternak di wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat, serta untuk memperbaiki kualitas ternak/mutu genetik dan deteksi dini terhadap penyakit ternak, Maka setiap Pemilik Ternak wajib memiliki identitas ternak berupa Kartu Kepemilikan Ternak. dan bahwa dalam rangka untuk mencukupi ketersediaan bibit ternak sapi dan kerbau serta mencegah berkurangnya ternak sapi dan kerbau betina produktif dan untuk mengendalikan pematangan ternak ruminansia produktif sebagaimana diamanatkan Pasal 18 Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2009 tentang Peternakan dan Kesehatan Hewan, maka perlu dilakukan pengendalian terhadap ternak sapi dan kerbau betina produktif di Provinsi Nusa Tenggara Barat bahwa berdasarkan pertimbangan tersebut diatas, maka perlu membentuk Peraturan Daerah tentang Kartu Tanda Kepemilikan Ternak.
3. Jangkauan dan arah pengaturan serta ruang lingkup MUTU PELAYANAN KESEHATAN jika dituangkan dalam bentuk peraturan daerah adalah berupaya memberikan payung hukum yang jelas terhadap ternak yang berada di daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat 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 MUTU PELAYANAN KESEHATAN. Dengan demikian Peraturan Daerah lebih fokus pada pengaturan MUTU PELAYANAN KESEHATAN dengan harapan akan memberikan nilai tambah dengan tujuan akhir adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat khususnya di daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Arah yang akan diwujudkan dari MUTU PELAYANAN KESEHATAN adalah adanya suatu sistem pengaturan yang terintegrasi antara oleh Provinsi Nusa Tenggara Barat. Pengaturan MUTU PELAYANAN KESEHATAN ditujukan untuk menjamin kepastian hukum atas obyek yang dimiliki oleh pemerintah daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan memverifikasi, mengolongkan dan menyimpan arsip-arsip legalitas atas obyek-obyek MUTU PELAYANAN KESEHATAN. Selain itu tujuan pembentukan perda MUTU PELAYANAN KESEHATAN adalah upaya untuk meningkatkan pendapatan asli daerah yang berujung pada kesejahteraan masyarakat Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan jalan optimalisasi pengelolaan potensi MUTU PELAYANAN KESEHATAN yang ada. Dengan demikian, pengaturan perlu dalam bentuk Peraturan Daerah yang tersendiri dimaksudkan untuk memberikan dasar hukum yang kuat sehingga peangelolaan bidang peternakan dapat tersistem dengan baik sehingga optimalisasi atas perkembangan peternakan berdampak positif terhadap peningkatan pendapat asli daerah dan kesejahteraan masyarakat.

B. Saran

1. Sebelum diterbitkan peraturan daerah yang mengatur tentang MUTU PELAYANAN KESEHATAN, maka perlu terlebih dahulu ditetapkan politik hukum (*good will*) pemerintah provinsi NTB mengenai kedudukan atau status MUTU PELAYANAN KESEHATAN.
2. Untuk menghindari terjadinya overlapping (tumpang tindih) pengaturan pada objek kajian, maka perlu adanya harmonisasi antara berbagai produk hukum yang relevan.
3. Untuk membentuk regulasi yang tepat mengenai MUTU PELAYANAN KESEHATAN di Provinsi Nusa Tenggara Barat harus berdasarkan atas

naskah akademik rancangan Peraturan daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat tentang Perlindungan dan MUTU PELAYANAN KESEHATAN, sebab suatu peraturan daerah harus tepat sasaran, sesuai yang diinginkan dari dibentuknya dan ditetapkannya peraturan daerah tersebut. Dan semua itu harus melalui pengkajian-pengkajian yang mendalam yang dilakukan melalui proses pembuatan naskah akademik suatu peraturan daerah.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku-buku

- Arman, C., IP. Sudrana, IW. Karda, I.B. Dania, H. Poerwoto, L. Wirapribadi, L.A. Zainuri, dan M. Ashari., 2006. Profil Produksi, Reproduksi, dan Produktivitas Ternak Sapi Bali Di Nusa Tenggara Barat. Kerjasama Dinas Peternakan Provinsi NTB dengan Fakultas Peternakan Unram. Laporan Penelitian.
- Badan Pusat Statistik (BPS), 2004. Indikator Pertanian Nusa Tenggara Barat.
- Talib, C., K. Entwistle, A. Siregar, S. Budiarti-Turner and D. Lindsay. 2003. Survey of Population and production dynamics of Bali cattle and existing breeding programs in Indonesia. In. Strategies to improve Bali cattle in eastern Indonesia. ACIAR Proceedings No. 110.
- Dahlanuddin, Hermansyah dan H. Poerwoto. 2005. Bali cattle production systems in collective housing system in Lombok. Jurnal Ilmu dan Teknologi Peternakan Vol 2(2): 502-510.
- Dahlanuddin, K. Puspadi, Y. A. Sutaryono, A. Muzani, L. A. Zaenuri, Hermansyah, C . McDonald, J. Corfield, M. van Wensveen and Bruce Pengelly (2010). Laporan Penelitian ACIAR. (Tidak dipublikasikan)
- Dinas Peternakan dan Kesehatan Hewan NTB, 2008. Laporan Tahunan
- Dinas Peternakan NTB, 2010. Draft Laporan Tahunan
- Dradjat, A.S., 2001. Tatalaksana Inseminasi Buatan Pada Sapi Bali Pada Milenium Ke Tiga. J.Pengembangan Peternakan Tropis (*J. of Tropical Animal Development*). Special Ed. April. Fak. Peternakan Undip. Hal:169-177.
- Dwipa, I.B.G. I.P. Sudrana, L.M. Kasip, M. Yasin, dan A. Fachri. 1988. Performan Produksi Sapi Bali yang Diantarpulaukan dari Pulau Lombok. Fak. Peternakan Unram. Laporan Penelitian.
- Dwipa, I.B.G. B.D. Sarwono, A.R. Umar, P. Sudrana, H. Poerwoto, I.N. Sadia, dan O. Saputra., 1993. Performan (Ukuran Tubuh) Sapi Bali Dalam Rangka Penetapan Standar Bibit Sapi Potong Di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Kerjasama Dinas Peternakan Tingkat I NTB dengan Fakultas Peternakan Unram. Laporan Penelitian.
- Dwipa, I.B.G dan B.B. Sarwono, 1992. Musim dan Bobot Badan Sapi Bali yang Diantarpulaukan dari Pulau Lombok. J. Penelitian Unram 1;2;1-10.
- Martojo, H., 2003. Indigenous Bali Cattle: The Best Suited Cattle Breed for Sustainable Small Farms in Indonesia. http://www.angrin.tlri.gov.tw/apec2003/Chapter2Cattle_1.pdf
- Hardjosubroto, W. 1994. Aplikasi Pemuliabiakan Ternak Di Lapangan. Grasindo. PT. Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta.
- Pemda NTB, 2009. Blue Print NTB Bumi Sejuta Sapi (BSS).
- Pergub NTB No. 25 Tahun 2005. Pedoman Pengeluaran atau Pemasukan Ternak dan Bahan Asal Ternak Di Provinsi NTB. 21 Desember.

- Prasetyo, S., IP. Sudrana, L.M. Kasip, Lestari, dan R. Jan,. 1992. Pengamatan Sifat Kualitatif dan Kuantitatif pada Sapi Bali. Fak. Peternakan Unram. Laporan Penelitian.
- SNI (Standar Nasional Indonesia), 2009. Persyaratan Mutu Bibit Sapi Bali. Direktorat Perbibitan, Direktorat Jenderal Peternakan.
- Sudrana, IP, C. Syamsuddin, L.M. Kasip, T. Sugiharto, dan Lestari., 1989. Pengamatan Sifat Genetik Sapi Bali Di Kabupaten Lombok Barat. Fak. Peternakan Unram. Laporan Penelitian.
- Sudrana, IP., I.B. Dania, dan IN. Sadia, 2001. Meningkatkan Daya Saing Sapi Bali Di Era Pasar Global. *J. Pengembangan Peternakan Tropis (J. of Tropical Animal Development)*. Special Ed. April. Fak. Peternakan Undip. Hal:257-269.
- Zuhadi, L.I., 1990. Ukuran-Ukuran Tubuh Sapi Bali Berdasarkan Sifat Kualitatif (Warna Tubuh) Di Kabupaten Lombok Timur. Fak. Peternakan Unram. Skripsi.

B. Internet

<http://www.worldagroforestrycentre.org/sea>

<http://dishut.ntbprov.go.id/profil/bidang-dan-balai.html>.

<http://dishut.ntbprov.go.id/profil/gambaran-umum.html>

<http://zalirais.wordpress.com/2013/09/12/asas-asas-dan-teori-pembentukan-perundang-undangan> di unduh pada 12 September, 2013

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

C. Perundang-Undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);

Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1960 tentang Peraturan Dasar Pokok-pokok Agraria (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1960 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2043);

- Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1981 Nomor 76, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3209);
- Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
- Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1992 tentang Karantina Hewan, Ikan dan Tumbuhan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 56 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 3482);
- Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2007 tentang Penataan Ruang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 68, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4725);
- Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2009 tentang Peternakan Dan Kesehatan Hewan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 84, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun Nomor 5015);
- 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) ;
- Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1983 tentang Kesehatan Masyarakat Veteriner (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1983 Nomor 28, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3253) ;
- Peraturan Pemerintah Nomor 82 Tahun 2000 tentang Karantina Hewan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 161, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4002) ;
- Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
- Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman, Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);

- Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
- Peraturan Menteri Pertanian Nomor 36/Permentan /Ot.140/8/2006 tentang Sistem Perbibitan Ternak Nasional;
- Peraturan Menteri Pertanian Nomor : 58 / Permentan / OT.140 / 8 / 2007.tentang Pelaksanaan Sistem Standardisasi Nasional Di Bidang Pertanian;
- Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2007 Nomor 1);
- Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 7 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas-Dinas Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 7);
- Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009-2013 (Lembaran Daerah Tahun 2009 Nomor 14);
- Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2008 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 32);
- Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 3 Tahun 2010 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009–2029 (Lembaran Daerah Tahun 2010 Nomor 26);
- Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 11 Tahun 2000 tentang pembentukan, Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas-dinas Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Daerah Tahun 2000 Nomor 11).

LAMPIRAN



R A N C A N G A N

PERATURAN DAERAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

NOMOR _____ TAHUN _____

TENTANG

MUTU PELAYANAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT,

- Menimbang :
- a. bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pengembangan dan pembinaan sumber daya manusia dan sebagai modal dalam pelaksanaan pembangunan daerah yang pada hakikatnya adalah pembangunan masyarakat Kota seutuhnya, yang menjadi tanggung jawab pemerintah, swasta dan masyarakat maka dibutuhkan suatu pengaturan (regulasi) pelayanan kesehatan;
 - b. bahwa terkait dengan regulasi pelayanan kesehatan, Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat dalam era otonomi daerah memegang peranan utama sebagai perumus kebijakan dan regulator kesehatan wilayah termasuk sebagai regulator pelayanan kesehatan dengan tujuan utama untuk melindungi pemberi dan penerima pelayanan kesehatan terutama masyarakat miskin dan berisiko tinggi untuk mendorong kompetisi mutu pelayanan;
 - c. bahwa untuk mengembangkan sistem regulasi pelayanan kesehatan yang efektif dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, maka Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat dituntut untuk mempersiapkan dan memfasilitasi berbagai infrastruktur regulasi, sehingga perlu dikembangkan peraturan mengenai mutu pelayanan di Provinsi Nusa Tenggara Barat;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai-mana dimaksud huruf a, huruf b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Daerah tentang Mutu

- Mengingat
- : 1. Pelayanan Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Barat
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
 3. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1981 Nomor 76, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3209);
 4. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
 5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 8. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 9. 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) ;
 10. Undang-Undang Republik Indonesia 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);
 11. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 40, Tambahan Lembaran

- Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1983 tentang Kesehatan Masyarakat Veteriner (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1983 Nomor 28, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3253) ;
 13. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
 14. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
 15. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 16. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2007 Nomor 1);
 17. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 7 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas-Dinas Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 7);
 18. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009-2013 (Lembaran Daerah Tahun 2009 Nomor 14);
 19. Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2008 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 32);
 20. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 3 Tahun 2010 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2009–2029 (Lembaran Daerah Tahun 2010 Nomor 26);
 21. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 11 Tahun 2000 tentang pembentukan, Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas-dinas Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Daerah Tahun 2000 Nomor 11).

Dengan Persetujuan Bersama
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

dan

GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN DAERAH TENTANG MUTU PELAYANAN KESEHATAN.**

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan :

5. Daerah adalah Provinsi Nusa Tenggara Barat.
6. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
7. Gubernur adalah Gubernur Provinsi Nusa Tenggara Barat.
8. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, yang selanjutnya disebut DPRD adalah Lembaga Perwakilan Rakyat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
33. Perangkat Daerah adalah organisasi/lembaga pada Pemerintah Daerah yang bertanggung jawab kepada Kepala Daerah dalam rangka penyelenggaraan Pemerintahan yang terdiri dari Sekretariat Daerah, Sekretariat DPRD, Dinas Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Kecamatan dan kelurahan.
34. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat.
35. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
36. Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat.
37. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat.
38. Upaya Kesehatan Perorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan.
39. Pelayanan Kesehatan Swasta adalah setiap komponen penyelenggara upaya

- kesehatan non-pemerintah di Provinsi Nusa Tenggara Barat.
40. 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.
 41. Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang ada di Provinsi Nusa Tenggara Barat.
 42. Sarana Kesehatan Penunjang adalah sarana kesehatan yang menunjang aktivitas sarana kesehatan dasar dan rujukan.
 43. Rumah Sakit Umum adalah sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
 44. Rumah Sakit Khusus adalah sarana kesehatan yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.
 45. Rumah Sakit Pendidikan adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan dan atau digunakan untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan Profesi Kedokteran dan Pendidikan kedokteran berkelanjutan.
 46. Rumah Bersalin adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kebidanan bagi wanita hamil, bersalin dan masa nifas fisiologik termasuk pelayanan Keluarga Berencana serta perawatan bayi baru lahir.
 47. Perawatan Kesehatan di rumah (*Home care*) adalah suatu komponen pelayanan kesehatan yang berkesinambungan yang komprehensif diberikan kepada individu atau keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal.
 48. Organisasi Profesi adalah organisasi yang bergerak di bidang profesi Tenaga Kesehatan yaitu : Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI), Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Kesehatan Indonesia (PATELKI), Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) dan/atau organisasi profesi kesehatan lainnya yang mempunyai struktur organisasi cabang di Provinsi Kalimantan Timur.
 45. Pelayanan Medik Dasar adalah pelayanan medik terhadap individu atau keluarga dalam masyarakat yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan maksimal dokter umum atau dokter gigi.
 46. Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan bahwa rumah sakit memenuhi standar minimal yang ditentukan.
 47. Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak yang selanjutnya disingkat BKIA adalah tempat untuk memberikan pelayanan medik dasar kepada wanita hamil, bayi dan anak prasekolah, dan pelayanan Keluarga Berencana.
 48. Balai Pengobatan/ Klinik adalah tempat untuk memberikan pelayanan medik dasar secara rawat jalan.
 49. Praktek Perorangan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan.
 50. Praktek Berkelompok adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara

- bersama oleh tenaga kesehatan.
51. Pelayanan Keperawatan adalah pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, yang menyangkut biopsikososiospiritual yang komprehensif.
 52. Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar.
 53. Lisensi adalah proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat izin praktek yang diberikan kepada tenaga profesi yang telah teregistrasi untuk melakukan pelayanan secara mandiri.
 54. Sertifikasi adalah memberikan sertifikat (pengakuan) kepada institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang benar-benar memenuhi persyaratan (Program menjaga mutu pelayanan kesehatan).
 55. Akreditasi adalah bentuk lain dari sertifikasi yang nilainya dipandang lebih tinggi. lazimnya akreditasi dilakukan secara bertingkat, yakni sesuai dengan kemampuan institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
 56. Lembaga Mandiri adalah Lembaga Perwakilan Masyarakat yang bergerak di bidang Kesehatan yang bersifat independen.

BAB II RUANG LINGKUP

Pasal 2

Mutu kesehatan mencakup semua sarana pelayanan kesehatan baik langsung maupun tidak langsung yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta, mencakup :

10. Dinas Kesehatan Kota;
11. Rumah Sakit Umum;
12. Rumah Sakit Khusus;
13. Puskesmas dan jejaringnya;
14. Balai Pengobatan dan/atau Klinik;
15. Praktek Perorangan dan berkelompok;
16. Sarana kesehatan penunjang;
17. Sarana kesehatan alternatif dan komplementer;
18. Pengobatan Tradisional.

BAB III MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 3

Maksud dari peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah dalam rangka :

- h. Menjaga keselamatan pengguna dan pemberi jasa pelayanan kesehatan untuk profesionalisme, keselamatan pasien (*patient safety*) dan tenaga kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan;
- i. Meningkatkan standar mutu pelayanan kesehatan;
- j. Mengendalikan jumlah dan penyebaran pelayanan kesehatan;
- k. Mengendalikan tarif pelayanan kesehatan;
- l. Memberikan informasi kepada masyarakat dan media massa;

- m. Memberikan informasi kepada lembaga regulator;
- n. Memberikan perlindungan hukum bagi penerima dan pemberi pelayanan kesehatan;

Pasal 4

Tujuan dari peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang diharapkan sesuai dengan indikator mutu pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

BAB IV PRINSIP PENYELENGGARAAN PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 5

Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan diselenggarakan untuk dapat menjamin:

- j. Akses;
- k. Kompetensi teknis;
- l. Penerimaan (Acceptability) dan Pengakuan;
- m. Keselamatan;
- n. Hubungan antar manusia;
- o. Menghargai dan kepedulian;
- p. Ketepatan waktu;
- q. Efisiensi;
- r. Kenyamanan.

Pasal 6

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dilakukan dengan cara:

- f. Pemberian ijin dan monitoring perijinan penyelenggaraan pelayanan kesehatan;
- g. Pemberian pengakuan atas pencapaian standar mutu pelayanan kesehatan dalam bentuk sertifikasi dan/atau akreditasi;
- h. Penetapan secara berkala tentang jumlah dan penyebaran pelayanan kesehatan yang dibutuhkan satu kali per tahun;
- i. Penetapan secara berkala pedoman tarif pelayanan kesehatan satu kali per tahun;
- j. Pemberian informasi secara berkala kepada masyarakat tentang tingkat mutu pelayanan kesehatan.

Pasal 7

- (1) Pelaksanaan upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pasal 6 menjadi tanggung jawab bersama baik pemerintah, organisasi profesi, lembaga pemberi biaya pertanggung (asuransi), lembaga perwakilan masyarakat dan penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta;
- (2) Pelaksanaan sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan asas-asas pemerintahan yang baik dan bersih.

Pasal 8

Keberhasilan peningkatan mutu diukur dengan indikator yang akan ditetapkan

dengan petunjuk teknis dan/atau petunjuk pelaksanaan sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.

BAB V
UPAYA PENYELENGGARAAN
PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

Bagian Kesatu

Pemberian Ijin dan Monitoring Perijinan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Pasal 9

- (1) Penyedia pelayanan kesehatan wajib memenuhi standar perijinan dan monitoring perijinan yang dikeluarkan oleh Badan Mutu;
- (2) Dinas Kesehatan Kota melaksanakan perijinan dan monitoring perijinan pelayanan kesehatan berdasarkan kewenangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (3) Standar, prosedur dan instrumen yang digunakan untuk perijinan dan monitoring perijinan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (1) dan ayat (2) mengikuti ketentuan dari Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Provinsi;
- (4) Dinas Kesehatan Kota melaksanakan sosialisasi dan pembinaan kepada penyedia pelayanan kesehatan untuk dapat memenuhi standar perijinan dan monitoring perijinan;
- (5) Pelaksanaan sebagaimana dimaksud ayat (2) dapat dibantu oleh lembaga mandiri yang ditetapkan oleh Walikota.

Bagian Kedua

Pemberian Pengakuan atas Pencapaian Standar Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Bentuk Sertifikasi dan Akreditasi

Pasal 10

- (1) Penyedia pelayanan kesehatan diwajibkan untuk mendapatkan pengakuan atas pencapaian standar mutu pelayanan kesehatan;
- (2) Pengakuan sebagaimana dimaksud ayat (1) berbentuk : akreditasi rumah-sakit, akreditasi puskesmas, akreditasi laboratorium kesehatan, akreditasi medik dasar, sertifikat pelayanan prima, sertifikat ISO, sertifikat bidan delima, sertifikat dokter five stars, sertifikat peningkatan manajemen kinerja klinik (PMKK), sertifikat ATLS, sertifikat ACLS, sertifikat rumah sakit sayang ibu, sertifikat rumah sakit sayang bayi, sertifikat keselamatan pasien, sertifikat pelatihan untuk perawat, dan pengakuan lain yang akan ditetapkan dalam Keputusan Kepala Daerah atau pejabat di ditunjuk.
- (3) Standar, prosedur dan instrumen yang digunakan untuk sertifikasi dan akreditasi pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (2) mengikuti ketentuan dari Pemerintah dan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kota;
- (4) Dinas Kesehatan Kota menetapkan jenis sertifikasi standar mutu pelayanan kesehatan yang dianjurkan dapat diperoleh oleh penyedia pelayanan kesehatan;
- (5) Dinas Kesehatan Kota dan lembaga mandiri mengorganisir pelaksanaan

- sosialisasi dan pembimbingan kepada penyedia pelayanan kesehatan untuk dapat memperoleh sertifikat pencapaian standar mutu pelayanan kesehatan;
- (6) Dinas Kesehatan Kota memberikan penghargaan kepada penyedia pelayanan kesehatan yang berhasil mendapatkan sertifikat pencapaian mutu pelayanan kesehatan.

Bagian Ketiga

Penetapan Secara Berkala Tentang Jumlah dan Penyebaran Pelayanan Kesehatan yang Dibutuhkan

Pasal 11

- (2) Dinas Kesehatan Kota secara berkala melaksanakan :
- a. Penghitungan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh daerahnya;
 - b. Analisa penyebaran pelayanan kesehatan yang terdapat di daerahnya.
- (3) pelaksanaan perhitungan dan analisa sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf a dan huruf b dapat dibantu oleh lembaga Independent dan atau Badan Mutu.
- (4) Dinas Kesehatan Kota berdasarkan hasil perhitungan dan analisa sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf a dan huruf b dapat mengajukan upaya tindak lanjut untuk menjamin akses pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakatnya.
- (5) Upaya tindak lanjut sebagaimana dimaksud ayat (3) dapat berbentuk pada :
- a. upaya melakukan *out sourcing* atau kontrak kerja untuk pengadaan pelayanan kesehatan;
 - b. penetapan atau pembatasan area tertentu untuk pembukaan pelayanan kesehatan baru;
 - c. pemberian penghargaan untuk pelayanan kesehatan di daerah tertentu akan diatur melalui Keputusan Wakil Kota.
- (6) Pelaksanaan sebagaimana dimaksud ayat (4) huruf a dan huruf b akan diatur lebih lanjut melalui Peraturan Gubernur.

Bagian Keempat

Penetapan Secara Berkala Tarif Pelayanan Kesehatan

Pasal 12

- (1) Walikota dengan persetujuan DPRD secara berkala menetapkan pedoman harga/tarif yang berlaku untuk setiap jenis pelayanan kesehatan;
- (2) Pedoman tarif sebagaimana dimaksud ayat (1) dihitung berdasarkan hasil rata-rata perhitungan satuan biaya (*unit cost*) dengan pendekatan aktivitas berdasarkan penganggaran pada berbagai jenis pelayanan kesehatan;
- (3) Pedoman tarif sebagaimana dimaksud ayat (1) wajib diikuti untuk pelayanan kelas III dan pelayanan lain yang diberikan oleh sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah;
- (4) Pelaksanaan perhitungan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat dilakukan oleh lembaga Independen.

Bagian Kelima

Pemberian Informasi Secara Berkala Kepada Masyarakat tentang Tingkat Mutu Pelayanan Kesehatan

Pasal 13

- (2) Dinas Kesehatan Kota secara berkala memberikan informasi kepada masyarakat tentang pencapaian tingkat mutu pelayanan kesehatan.
- (3) Informasi sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berupa informasi :
 - a. nama pelayanan kesehatan yang telah memenuhi standar perijinan;
 - b. nama pelayanan kesehatan yang telah mendapatkan sertifikasi;
 - c. akreditasi mutu;
 - d. pencapaian indikator kinerja pelayanan.
 - e. dan sejenisnya.
- (4) Informasi sebagaimana dimaksud ayat (2) ditampilkan dalam bentuk media informasi berupa : media cetak, media audio visual, media internet.
- (5) Dinas Kesehatan Kota wajib memantau efektifitas dari pemberian informasi sebagaimana dimaksud ayat (1) bagi masyarakat dalam memilih pelayanan kesehatan yang diperlukan.
- (6) Pelaksanaan pemberian informasi sebagaimana dimaksud ayat (1) dan pemantauan efektifitas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat dilakukan oleh lembaga independen.

Bagian Keenam

Pemberian Informasi Secara Berkala Kepada Lembaga Regulator tentang Tingkat Mutu Pelayanan Kesehatan

Pasal 14

- (1) Penyedia pelayanan kesehatan secara berkala memberikan informasi kepada Dinas Kesehatan Kota tentang pencapaian tingkat mutu pelayanan kesehatan;
- (2) Informasi sebagaimana dimaksud ayat (1) berupa informasi pencapaian indikator kinerja pelayanan ditampilkan dalam bentuk media informasi berupa : media cetak, media audio visual, media internet;

BAB VI

PERAN LEMBAGA PENYELENGGARA PENINGKATAN MUTU DAN STANDAR PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 15

- (2) Lembaga Penyelenggaran Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan terdiri dari unsur :
 1. Pemerintah;
 2. Organisasi Profesi;
 3. Lembaga Asuransi atau sejenisnya;
 4. LSM/Media Massa;
- (3) Lembaga yang sebagaimana dimaksud ayat (1) disebut Badan Mutu
- (4) Ketentuan dan tata cara pelaksanaan Badan Mutu akan diatur melalui

Peraturan Gubernur.

Pasal 16

- (2) Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat secara langsung mengatur melalui registrasi, perijinan dan pembaharuan persyaratan, menetapkan aturan-aturan, standar-standar dan monitoring, kontrol kualitas dan keamanan, informasi publik dan pengiklanan.
- (3) Mengembangkan mekanisme penerapan hukum yang dapat digunakan oleh Pemerintah untuk menegakkan regulasi.
- (4) Untuk menjalankan peran sebagai regulator mutu pelayanan kesehatan, pemerintah harus melakukan upaya-upaya peningkatan kompetensi seperti:
 - a. pelatihan staf;
 - b. re-strukturisasi organisasi;
 - c. pembentukan dan bekerja sama dengan lembaga mandiri.

BAB VII PEMBIAYAAN MUTU

Pasal 17

Pembiayaan yang dikeluarkan terhadap penyelenggaraan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dibebankan kepada pemerintah daerah dan/ atau penyelenggara pelayanan bersangkutan.

BAB VIII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 18

- (1) Pemerintah Provinsi bertanggung jawab atas pembinaan Mutu Pelayanan Kesehatan.
- (2) Pembinaan oleh Pemerintah Provinsi sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi.
- (3) Pembinaan penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (2) meliputi upaya untuk:
 - d. Terciptanya pelayanan kesehatan yang adil, merata dan berkesinambungan;
 - e. Berkembangnya peran serta pemerintah, organisasi profesi, penyedia pelayanan kesehatan, swasta, masyarakat dan lsm;
 - f. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

PENGAWASAN

Pasal 19

Pengawasan terhadap penyelenggaraan Mutu Pelayanan Kesehatan serta penerapan ketentuan peraturan perundang-undangannya diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi.

BAB IX SANKSI ADMINISTRASI

Pasal 20

- (2) Kepala Daerah dapat mengenakan sanksi administratif atas pelanggaran pasal 10, Pasal 12 ayat (3), Pasal 13 ayat (1), dan Pasal 14 ayat (1) Peraturan Daerah ini.
- (3) Sanksi administrasi sebagaimana dimaksud ayat (1) pasal ini adalah :
 - a. Teguran lisan;
 - b. Teguran tertulis;
 - c. Penghentian sementara kegiatan;
 - d. Denda administratif;
 - e. Penangguhan perpanjangan ijin praktik/ijin operasional;
 - f. Pencabutan ijin praktik dan ijin operasional.

BAB X KETENTUAN PIDANA

Pasal 21

- (1) Pelanggaran terhadap Pasal 9 ayat (1) Peraturan Daerah ini diancam pidana kurungan paling lama 3 (tiga) bulan dan atau denda paling banyak Rp. 50.000.000 (lima puluh juta rupiah);
- (2) Tindak pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah pelanggaran.

BAB XI KETENTUAN PENYIDIKAN

Pasal 22

- (2) Selain penyidik POLRI, penyidik atas tindak pidana pelanggaran dalam Peraturan Daerah ini dilaksanakan oleh Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS) dilingkungan Pemerintah Provinsi yang pengangkatannya berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
- (3) Wewenang Penyidik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini adalah :
 - a. Menerima, mencari, mengumpulkan, dan meneliti keterangan atau laporan berkenaan dengan adanya tindak pidana di bidang mutu pelayanan kesehatan agar keterangan atau laporan tersebut menjadi lengkap dan jelas ;
 - b. Meneliti, mencari, mengumpulkan keterangan mengenai orang pribadi dan atau badan tentang kebenaran perbuatan yang dilakukan sehubungan dengan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan;
 - c. Meminta keterangan atau barang bukti dari orang pribadi dan atau badan sehubungan dengan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan;
 - d. Memeriksa buku-buku, catatan-catatan dan dokumen-dokumen lain berkenaan dengan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan;
 - e. Melakukan penggeledahan untuk mendapatkan barang bukti pembukuan, pencatatan dan dokumen-dokumen lain serta melakukan penyitaan terhadap barang bukti tersebut;
 - f. Meminta bantuan tenaga ahli dalam rangka pelaksanaan tugas penyidikan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan;

- g. Menyuruh berhenti, melarang seseorang meninggalkan ruangan atau tempat pada saat pemeriksaan sedang berlangsung dan memeriksa identitas orang, dokumen yang sedang dibawa sebagaimana dimaksud pada huruf e ;
- h. Memotret seseorang yang berkaitan dengan tindak pidana mutu pelayanan kesehatan.;
- i. Memanggil orang untuk didengar keterangannya dan diperiksa sebagai tersangka atau saksi ;
- j. Menghentikan penyidikan ;
- k. Melakukan tindakan lain yang perlu untuk kelancaran penyidikan untuk pidana di mutu pelayanan kesehatan yang dapat dipertanggungjawabkan.

BAB XII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 23

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Daerah ini, sepanjang mengenai pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Peraturan Gubernur.

Pasal 24

Peraturan Daerah ini berlaku efektif terhitung sejak tanggal _____

Pasal 25

Peraturan Daerah ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam Lembaran Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Ditetapkan di Mataram
pada tanggal ____Oktober ____
GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT,

Diundangkan di Mataram
pada tanggal ____Oktober ____

**SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
NUSA TENGGARA BARAT,**

LEMBARAN DAERAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT TAHUN ___ NOMOR ___

PENJELASAN ATAS
PERATURAN DAERAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
NOMOR ___ TAHUN ____
TENTANG
MUTU PELAYANAN KESEHATAN

I. PENJELASAN UMUM

Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan salah satu strategi utama Departemen Kesehatan dalam mewujudkan misi Membuat Rakyat Sehat. Terkait dengan regulasi pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dalam era otonomi daerah memegang peranan utama sebagai perumus kebijakan dan regulator kesehatan wilayah termasuk sebagai regulator pelayanan kesehatan dengan tujuan utama untuk melindungi masyarakat terutama masyarakat miskin dan berisiko tinggi dan mendorong kompetisi mutu pelayanan. Untuk mengembangkan sistem regulasi pelayanan kesehatan yang efektif dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, maka Dinas Kesehatan dituntut untuk menyiapkan dan memfasilitasi berbagai infrastruktur regulasi, seperti: kerangka kerja mutu regulasi pelayanan kesehatan yang digunakan, peraturan daerah dan produk hukum lainnya sebagai dasar hukum pelaksanaan fungsi regulasi, ketersediaan sumber daya manusia, instrumen regulasi dan dukungan dana untuk aktivitas regulasi serta keterlibatan masyarakat serta provider pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta dalam mendukung fungsi regulasi tersebut. Berbagai kegiatan pengembangan sistem regulasi telah dilakukan di beberapa daerah yang memberikan pengalaman dalam mengembangkan berbagai komponen regulasi (seperti penyusunan standar dan instrumen, pembentukan badan independen, pelaksanaan uji kompetensi), namun kegiatan-kegiatan tersebut belum mengusulkan suatu kerangka kerja mutu pelayanan kesehatan sebagai suatu pedoman agar setiap komponen regulasi dapat saling berinteraksi dengan baik dalam suatu wilayah. Atas dasar pemikiran dan pertimbangan tersebut maka Provinsi Nusa Tenggara Barat Provinsi Kalimantan Timur memulai upaya pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan dengan menyusun kerangka kerja mutu pelayanan kesehatan terlebih dahulu sebagai acuan dalam pengembangan komponen, kegiatan, dan proses regulasi.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup Jelas

Pasal 2

Angka 4

yang dimaksud dengan "Puskesmas dan jejaringnya" adalah termasuk Puskesmas pembantu, puskesmas keliling, pos kesehatan desa, pondok

bersalin desa dan sampai dengan jejaringnya.

Angka 6

Yang dimaksud pada klausul ini adalah termasuk *homecare*.

Pasal 3

Huruf a

yang dimaksud *patient safety* adalah untuk jaminan keselamatan pasien dan tenaga kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan.

Pasal 4

Indikator mutu pelayanan kesehatan dijabarkan dalam ketentuan yang terpisah.

Pasal 5

Secara umum di Provinsi Nusa Tenggara Barat masalah mutu dikelompokkan kedalam tujuh dimensi mutu dibawah ini, yaitu:

Huruf a Akses

Untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan maka akan dikembangkan berbagai upaya regulasi yang terkait dengan:

Pembatasan jumlah dan distribusi sarana pelayanan kesehatan di wilayah-wilayah tertentu yang dinilai (melalui perhitungan analisa kebutuhan) telah memiliki sarana pelayanan kesehatan berlebih. Berdasarkan analisis kebutuhan wilayah, geografis dan transportasi dan studi kelayakan

Pemberian ijin pelayanan kesehatan di daerah terpencil melalui sistem *outsourcing* terutama untuk pengadaan tenaga kesehatan

Monitoring perijinan RS untuk memastikan bahwa persyaratan perijinan RS (untuk RS swasta) dan pedoman penyelenggaraan RS (untuk RS pemerintah) terpenuhi.

Pemberian informasi kepada masyarakat dan media massa tentang daftar sarana pelayanan kesehatan yang berijin beserta pelayanan yang dapat dibutuhkannya.

Pengaturan tarif pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta

Monitoring penggunaan obat generik/DPHO di Puskesmas, Rumah Sakit, dan sarana pelayanan kesehatan lainnya.

Perhitungan kebutuhan tenaga, pelayanan dan sarana pelayanan kesehatan yang minimal dibutuhkan disuatu wilayah

Meningkatkan status puskesmas pembantu didaerah "pinggir" perkotaan menjadi puskesmas induk

Memperpendek jalur birokrasi untuk mendirikan sarana pelayanan kesehatan di tempat terpencil

huruf b

Kompetensi Teknis

Untuk meningkatkan kompetensi teknis maka akan dikembangkan regulasi pelayanan kesehatan yang terkait dengan:

Sertifikasi kompetensi melalui penyusunan standar kompetensi,

pelatihan, pengujian dan pemberian sertifikat kompetensi. Sertifikasi juga terkait dengan *privileging* (memberikan kewenangan khusus bagi seorang tenaga kesehatan untuk bertindak diluar kewenangannya disebabkan karena adanya keterbatasan SDM dan sepanjang tenaga kesehatan tersebut telah memenuhi kompetensi yang dipersyaratkan)

Pemberian informasi kepada masyarakat dan media massa tentang daftar tenaga kesehatan yang telah memiliki sertifikasi kompetensi tertentu.

Penetapan standar minimal pendidikan tenaga kesehatan (misalnya minimal DIII kebidanan untuk bidan praktek/DIII Keperawatan untuk praktek keperawatan)

Kewajiban mengikuti pelatihan sesuai dengan kompetensi yang ditetapkan sesuai Tupoksi/lingkup kerjanya

Penyusunan standar kompetensi SDM baik struktural, fungsional dan administratif

Mengkaitkan pemenuhan standar kompetensi dalam proses rekomendasi perijinan sarana pelayanan kesehatan

Menetapkan standar kompetensi yang diharapkan oleh lembaga asuransi dan menetapkan besar pembiayaan pelayanan kesehatan oleh lembaga asuransi sesuai dengan standar kompetensi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan

Mendorong organisasi profesi untuk memunculkan standar kompetensi dan mendorong organisasi profesi untuk mengadakan seminar/simposium tentang standar kompetensi

Penempatan tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensinya sesuai dengan bukti legal kompetensi

huruf c

Penerimaan (Acceptability)

Untuk meningkatkan penerimaan masyarakat (sesuai dengan harapan masyarakat) terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan maka akan dikembangkan upaya regulasi pelayanan kesehatan yang terkait dengan:

Keharusan untuk melakukan studi kelayakan sebagai salah satu persyaratan dalam perijinan sarana pelayanan kesehatan. Salah satu aspek yang dikaji adalah tingkat penerimaan masyarakat terhadap pelayanan yang akan diberikan baik dari aspek budaya, kebutuhan kesehatan, lingkungan, memperhatikan tata ruang dan berbagai persyaratan yang harus dipenuhi.

Keharusan untuk melibatkan pasien/masyarakat dalam perencanaan dan pemberian pelayanan kesehatan (misalnya ijin masyarakat sekitar tentang rencana pembangunan sarana pelayanan kesehatan disuatu wilayah).

Membuat *citizen charterd* (piagam pelanggan) pada setiap sarana pelayanan kesehatan.

huruf d

Keselamatan

Untuk meningkatkan keselamatan baik bagi pasien, masyarakat maupun provider pelayanan kesehatan, maka akan dilakukan pengembangan upaya regulasi pelayanan kesehatan yang terkait dengan:

Memperbaiki standar minimal sebagai standar perijinan dengan memuat berbagai persyaratan yang terkait dengan keselamatan pasien, masyarakat dan provider.

Mewajibkan lembaga pelayanan kesehatan untuk menerapkan manajemen risiko.

Pemberian sertifikat yang terkait dengan tercapainya standar optimal bagi sarana (institusi, pelayanan atau tenaga kesehatan) yang dapat mendukung terwujudnya pelayanan yang aman, seperti pemberian sertifikat Puskesmas PONEK, sertifikat rumah-sakit PONEK, sertifikat kemampuan mengolah limbah padat, dan sebagainya.

Monitoring pemenuhan standar akreditasi dari KARS untuk keselamatan pasien di rumahsakit.

Pemberian informasi kepada masyarakat dan media massa tentang keberhasilan pencapaian indikator keselamatan pasien (sebelumnya indikator akan disusun dan disepakati bersama, diterapkan, serta dimonitor secara periodik, dan diumpan-balikkan)

Sertifikasi pelatihan pemahaman tentang *safety* dan hukum kesehatan (misalnya UUPK, undang-undang perlindungan konsumen, dsb)

Menyusun dan mensosialisasikan pedoman keselamatan untuk pasien, provider dan lingkungan di berbagai jenis sarana pelayanan kesehatan (termasuk pencatatan *near miss* dan *adverse event*)

huruf e

Hubungan antar manusia

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang memiliki hubungan antar manusia yang baik serta diberikan dengan penuh rasa hormat dan perhatian maka akan dikembangkan upaya regulasi pelayanan kesehatan yang terkait dengan:

Pemberian sertifikat pelayanan prima untuk berbagai jenis sarana pelayanan kesehatan

Sosialisasi kepada masyarakat dan media massa mengenai daftar sarana pelayanan kesehatan yang memiliki sertifikat pelayanan prima

Pemberian sertifikasi bagi tenaga fungsional dengan materi tentang hubungan antar manusia dan budaya setempat (misal sertifikat ESQ, sertifikat Service Exelent, sertifikat *Apreciatife Inquiry*)

Mengembangkan sistem penghargaan yang terkait dengan kinerja hubungan antar manusia

huruf f

Ketepatan waktu

Untuk meningkatkan ketepatan waktu pelayanan kesehatan maka akan dikembangkan regulasi pelayanan kesehatan yang terkait dengan:

Penetapan standar minimal sebagai bagian dari persyaratan perijinan yang mengatur mengenai keharusan penggunaan sistem informasi untuk pendaftaran pelayanan kesehatan (misalnya Sistem Informasi Puskesmas/ Simpus)

Sertifikasi pelayanan prima dimana salah satu aspek penilaian adalah ketepatan waktu pemberian pelayanan kesehatan

Wajib mencantumkan waktu pelayanan

Pasal 6

Cukup Jelas

Pasal 7

Cukup Jelas

Pasal 8

Cukup Jelas

Pasal 9

Ayat (1)

Standar perijinan yang dimaksud akan dibuat dalam bentuk Peraturan Daerah dan/atau Peraturan Gubernur dan/atau Keputusan Gubernur

Ayat (6)

Lembaga mandiri yang dimaksud adalah lembaga yang dapat berbentuk Badan, institusi, yayasan ataupun perusahaan yang memberikan rekomendasi kepada Dinas Kesehatan Provinsi terkait dengan permasalahan yang diajukan.

Pasal 10

Cukup jelas

Pasal 11

Cukup Jelas

Pasal 12

Cukup Jelas

Pasal 13

Cukup Jelas

Pasal 14

Cukup Jelas

Pasal 15

Cukup Jelas

Pasal 16

Cukup Jelas

Pasal 17

Yang dimaksud dalam pasal ini, pembiayaan yang dibebankan kepada

Pemerintah Provinsi adalah pembiayaan penyelenggaraan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di institusi pemerintah

Yang dimaksud dalam pasal ini, pembiayaan yang dibebankan kepada penyelenggara pelayanan bersangkutan adalah pembiayaan penyelenggaraan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di institusi swasta yang bersangkutan

Pasal 18

Cukup Jelas

Pasal 19

Cukup Jelas

Pasal 20

Cukup Jelas

Pasal 21

Cukup jelas

Pasal 22

Cukup jelas

Pasal 23

Cukup jelas

Pasal 24

Cukup jelas

Pasal 25

Cukup jelas

TAMBAHAN LEMBARAN DAERAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT NOMOR

—