

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam mewujudkan kesejahteraan umum sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam UUD 1945, pemerintah melakukan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan tersebut dilakukan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan guna mencapai hasil yang optimal. Langkah itu dilakukan, mengingat kesehatan itu begitu penting bagi kehidupan manusia.

Bahder Johan Nasution mengatakan, bahwa upaya peningkatan kualitas hidup manusia di bidang kesehatan, merupakan suatu usaha yang sangat luas dan menyeluruh, usaha tersebut meliputi peningkatan kesehatan masyarakat baik secara fisik maupun non-fisik.¹ Dalam rangka mendukung pembangunan kesehatan yang sedemikian kompleks dan luas, sangat dirasakan bahwa peraturan perundang-undangan yang mendukung upaya kesehatan perlu lebih disempurnakan dan ditingkatkan. Bahder Johan Nasution lebih lanjut mengemukakan bahwa jika dilihat dari aspek yuridisnya, dengan dikembangkannya sistem kesehatan nasional, sudah tiba saatnya untuk mengkaji kembali dan melengkapi peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, dengan mengeluarkan berbagai produk pokok hukum yang lebih sesuai serta dapat:

1. Mendukung adanya sarana pelayanan, program, dan kegiatan dalam seluruh upaya kesehatan yang sudah atau akan dikembangkan, baik oleh pemerintah maupun masyarakat termasuk sektor swasta;
2. Memperhatikan kepentingan daerah dan diselaraskan dengan peraturan perundang-undangan di sektor lain yang berkaitan dengan upaya kesehatan;
3. Berfungsi mendorong pengembangan upaya kesehatan yang diinginkan di masa mendatang sesuai dengan tuntutan masyarakat yang dilayani;
4. Mengatur kewenangan tiap tingkatan upaya kesehatan;
5. Mengatur kewenangan dan tanggung jawab pembiayaan upaya kesehatan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah;
6. Mengatur wewenang dan tanggung jawab serta dapat memberikan perlindungan hukum, bagi penerima dan pemberi jasa upaya kesehatan;

¹ Johan Bahder Nasution, *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter* (Jakarta: Rineka Cipta). hlm. 1.

7. Mengatur kualitas upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dan masyarakat termasuk swasta;
8. Mengganti produk hukum yang tidak sesuai dengan situasi dan kondisi;
9. Memuat sanksi hukum yang sepadan, sehingga setiap pelanggar dapat ditindak sebagaimana mestinya.²

Pendapat Bahder Nasution tersebut benar, penataan hukum kesehatan sebagai landasan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan memadai dalam satu sistem perlu dilakukan.

Saat ini sebagai landasan dalam menata kesehatan adalah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam dasar pertimbangan bagian a Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 dikatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dasar pertimbangan ini merupakan amanah dari Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 yang mengatakan, bahwa:

“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Berdasarkan uraian di atas tampak bahwa kesehatan adalah merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur untuk menciptakan kesejahteraan baik lahir dan batin. Hal itu merupakan hak konstitusional yang dijamin oleh UUD 1945. Sebagai hak konstitusional, pemerintah berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan secara baik kepada masyarakat tanpa kecuali.

Sesuai Pasal 4 ayat (1) UUD 1945 presiden adalah pemegang pemerintahan di Indonesia. Atas dasar itu, Presiden sebagai kepala pemerintahan menetapkan kebijakan pembangunan kesehatan sebagai dasar dalam mengelola kesehatan secara nasional. Dalam mengelola kesehatan di dalam Pasal 167 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 dikatakan bahwa pengelolaan kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Pengelolaan kesehatan itu dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dalam suatu sistem kesehatan nasional yang hal itu diatur dengan peraturan presiden. Dalam melaksanakan pengelolaan kesehatan itu, presiden sebagai penyelenggara pemerintahan, menerbitkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Dalam Pasal 1 angka 2 dikatakan, bahwa :

“Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling

²*Ibid.*

mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.”

Perpres ini menjadi landasan, baik bagi pemerintah pusat maupun daerah dalam membangun sistem kesehatan di Indonesia. Berdasarkan Perpres ini, pengelolaan kesehatan diselenggarakan oleh semua komponen bangsa, yang dilakukan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam rangka itu, Presiden sebagai kepala pemerintahan, mendelegasikan penyelenggaraan dan pengelolaan kesehatan itu kepada pemerintah daerah.

Ketika berbicara tentang pemerintahan daerah, pembentukannya mengacu kepada Pasal 18 UUD 1945 yang membagi wilayah Indonesia atas daerah provinsi dan daerah provinsi dibagi menjadi atas kabupaten dan kota. Ditiap-tiap daerah provinsi, kabupaten, dan kota mempunyai pemerintahan daerah sebagai penyelenggara pemerintahan di daerah. Berdasarkan ketentuan Pasal 18 UUD 1945, Pemerintah Daerah (Pemda) merupakan penyelenggara pemerintahan di daerah di bawah koordinasi presiden. Kewenangan Pemda dalam mengelola kesehatan di daerah, landasannya dituangkan dalam Pasal 12 ayat (1) huruf b Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

Pemerintah Kota Bandung telah memiliki Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung. Namun, dilihat dari tahun penerbitannya, Perda ini perlu penyesuaian dengan berbagai peraturan perundang-undangan yang sangat signifikan baik yang khusus di bidang kesehatan, maupun yang umum di bidang pemerintahan seperti lahirnya Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika; Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga; Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan; Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah; Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan; Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan; Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional dan sebagainya.

Secara nasional, pemerintah menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2015 – 2019 sebagai landasan pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam RPJMN 2015 – 2019 diamanahkan bahwa pembangunan kesehatan adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah:

- (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak;
- (2) meningkatnya pengendalian penyakit;
- (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan;
- (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan;
- (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta
- (6) meningkatkan responsivitas system kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu:

1. Pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotive preventif dan pemberdayaan masyarakat;
2. Pilar penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan;
3. Pilar jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan *benefit* serta kendali mutu dan kendali biaya.³

Di samping apa yang disebutkan di atas, sebagaimana disebutkan dalam penjelasan umum Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 bahwa upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan.

Perkembangan teknologi kesehatan yang berjalan seiring dengan munculnya fenomena globalisasi telah menyebabkan banyaknya perubahan yang sifat dan eksistensinya sangat berbeda jauh. Sehingga, sarana dan prasarana kesehatanpun semakin canggih. Dalam menghadapi perkembangan teknologi kesehatan

³ Terpetik dari Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*, hlm. 6-7.

tersebut diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mempunyai keahlian dan kemampuan dalam mengoperasikannya. Berdasarkan hal tersebut, perkembangan teknologi kesehatan itu turut mempengaruhi jasa pelayanan dan profesionalisme di bidang kesehatan.

Tidak hanya itu, penyebaran penyakit menular dan tidak menular serta munculnya penyakit baru memerlukan perhatian khusus dalam menanganinya. Dalam penanggulangan penyakit ada adagium yang sudah umum dikenal yakni mencegah jauh lebih efektif daripada mengobati. Tidak bisa dipungkiri merebaknya penyakit HIV/AIDS telah meresahkan masyarakat. Ada kesulitan dalam penanggulangannya, sebab penyakit ini dianggap sebagai penyakit aib, maka orang merasa malu untuk memeriksakan diri apakah ia terjangkit HIV/AIDS atau tidak. Kesulitan semakin bertambah karena terbentur biaya pengobatan. Apalagi kalau yang tertular itu anak di bawah umur, tenaga kesehatan kesulitan untuk memeriksanya, karena harus memerlukan ijin dari kedua orang tuanya. Oleh karena itu, diperlukan regulasi untuk memberi keleluasaan kepada tenaga kesehatan dalam melakukan pemeriksaan, khususnya melakukan pemeriksaan kepada anak-anak di bawah umur. Hal itu perlu diberikan dalam memberi penanggulangan sejak dini kepada pengidap penyakit HIV/AIDS serta mencegah penularannya kepada orang lain.

Keterlibatan pihak swasta dalam jasa kesehatan, seperti membangun rumah sakit, klinik, laboratorium dan sebagainya. Di Kota Bandung, rumah sakit swasta tersebut antara lain Rumah Sakit Santo Borromeus, Rumah Sakit Advent, Rumah Sakit Santo Yusup, Rumah Sakit Immanuel, Rumah Sakit Al-Islam, Rumah Sakit Santosa, Rumah Sakit Bungsu, Rumah Sakit Hermina, Rumah Sakit Kebonjati dan sebagainya. Keberadaan rumah sakit swasta ini sangat membantu pemerintah Kota Bandung dalam melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Bandung. Kota Bandung sebagai ibukota Provinsi Jawa Barat, menjadi pusat rujukan berbagai kegiatan kesehatan yang ada di Jawa Barat, sehingga dibutuhkan sarana dan prasarana kesehatan yang memadai.

Kota Bandung sebagai pusat rujukan berbagai kegiatan kesehatan di Jawa Barat, mobilitas sumber daya manusia kesehatan, masyarakat pengguna jasa kesehatan, penggunaan obat dan peralatan kesehatan, dan penyedia fasilitas pelayanan kesehatan mengalami pertumbuhan dan perkembangan, hal ini sangat berpengaruh terhadap jasa pelayanan kesehatan di Kota Bandung. Sebab, pelayanan kesehatan Kota Bandung tidak semata-mata hanya melayani masyarakat Kota Bandung, tetapi juga harus melayani pengguna kesehatan dari daerah lain di Jawa Barat dan bahkan dari luar Jawa Barat. Adalah suatu kenyataan rumah sakit kewalahan dalam melayani pengguna kesehatan. Hal

ini tentu berimbang bahwa beberapa penduduk Kota Bandung mengalami kesulitan dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Keadaan ini tentu harus diantisipasi dengan melakukan berbagai regulasi di bidang kesehatan. Penggunaan anggaran pembangunan fasilitas kesehatan harus efektif dan efisien, sehingga penyelenggaraan pembangunan kesehatan harus dirancang secara sistematis dan tepatguna. Untuk dapat mengimplementasikan hal ini peran sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas, regulasi yang diciptakan dan sistem informasi kesehatan memegang peran penting. Secara operasional, sistem kesehatan Kota Bandung ini memiliki beberapa subsistem, dimana setiap subsistem terbentuk dari penyelenggaraan beberapa subsistem lagi. Setiap kegiatan subsistem harus terselenggara secara efektif dan efisien serta terintegrasi. Pada akhirnya, Sistem Kesehatan Kota Bandung ini secara sistematis berjalan secara efektif dan efisien. Berangkat dari uraian di atas, tidak bisa dipungkiri bahwa pemenuhan hak atas kesehatan, pemerintah Kota Bandung memiliki kewajiban untuk memenuhi dengan melaksanakan pengelolaan kesehatan secara terpadu, saling mendukung satu dengan yang lain, dan berkesinambungan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Secara konstitusional Pemerintah Daerah (Pemda) merupakan penyelenggara pemerintahan di daerah di bawah koordinasi presiden. Oleh karena itu, Pemda sebagai penyelenggara pemerintahan di daerah wajib melaksanakan Perpres No. 72 Tahun 2012 dalam membangun sistem kesehatan di daerah. Atas dasar itu, segala peraturan dan kebijakan tentang kesehatan harus mengacu kepada Perpres tersebut. Hal itu bertalian dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam Pasal 12 ayat (1) huruf b Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Begitu pentingnya masalah kesehatan ini sehingga menjadi urusan wajib dalam Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah, mulai dari Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 yang kemudian dicabut dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 menyebutkan bahwa urusan pemerintahan di bidang kesehatan merupakan urusan wajib yang bersifat konkuren yang berarti harus dilaksanakan disemua tingkat pemerintahan dari pusat sampai daerah sesuai dengan kewenangan masing-masing. Peraturan daerah tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung tersebut akan menjadi acuan bagi Pemerintah Daerah dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan, penyelenggaraan, pengembangan sumberdaya kesehatan sampai dengan kegiatan pengawasan, pembinaan, dan evaluasi guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Diharapkan dengan adanya Sistem Kesehatan

Kota Bandung yang baru tersebut dapat dijadikan sebagai dasar pembangunan kesehatan di Kota Bandung.

B. Identifikasi Masalah

Beranjak dari latar belakang sebagaimana dikemukakan di atas disusun suatu Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung (SKKB) yang dapat menjadi panduan bagi pemerintah Kota Bandung dalam mengelola kesehatan di Kota Bandung. Rumusan permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat Kota Bandung meliputi 4 (empat) faktor pokok masalah, yaitu sebagai berikut:

1. Permasalahan apa yang dihadapi oleh Pemerintah Daerah Kota Bandung dalam penyelenggaraan sistem kesehatan di Daerah dan solusi apa yang dapat dilaksanakan guna mengatasi permasalahan tersebut?
2. Bagaimana pengaturan sistem kesehatan Kota Bandung saat ini dan mengapa diperlukan peraturan daerah sebagai dasar hukum penyelenggaraan sistem kesehatan di Kota Bandung?
3. Apa yang menjadi pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Sistem Kesehatan Kota Bandung?
4. Apa sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan terkait dengan sistem kesehatan Kota Bandung?

C. Tujuan dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik

Tujuan dari penyusunan naskah akademik ini adalah untuk:

1. Merumuskan permasalahan yang dihadapi masyarakat kota Bandung dalam kehidupan bermasyarakat serta cara-cara mengatasi permasalahan yang terkait dengan sistem kesehatan Kota Bandung.
2. Merumuskan urgensi pembentukan Peraturan Daerah mengenai sistem kesehatan Kota Bandung sebagai dasar hukum penyelesaian atau solusi permasalahan yang ada.
3. Merumuskan pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis pembentukan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung
4. Merumuskan sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, dan arah pengaturan terkait dengan

Sementara itu, kegunaan penyusunan Naskah Akademik ini adalah sebagai acuan landasan akademik atau referensi penyusunan dan pembahasan Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung.

D. Metode Penyusunan Naskah Akademik

Penelitian hukum dalam naskah akademik ini merupakan penelitian yuridis normatif dengan menggunakan beberapa metode pendekatan. Metode pendekatan yang pertama adalah *statute approach*, pendekatan ini dilakukan dengan menelaah semua peraturan perundang-undangan dan regulasi yang bersangkutan paut dengan isu hukum yang sedang ditangani.⁴ Pendekatan berikutnya yang dilakukan dalam *conceptual approach* dimana pendekatan ini beranjak dari pandangan-pandangan dan doktrin-doktrin yang berkembang di dalam ilmu hukum, dalam hal ini yang berkaitan dengan pembentukan peraturan perundang-undangan khususnya peraturan perundang-undangan di tingkat daerah.⁵

Sebagaimana permasalahan hukum yang telah diidentifikasi, maka penelusuran bahan hukum difokuskan kepada produk hukum perundang-undangan di jenjang mulai Undang-Undang Dasar, Undang-Undang ke peraturan di bawahnya. Selanjutnya bahan hukum primer tersebut di dukung dengan literatur-literatur, hasil-hasil kajian, pendapat pakar, serta data-data empiris terkait dengan permasalahan.

Pengumpulan bahan hukum yang dilakukan untuk kepentingan menyusun penelitian ini menggunakan beberapa tahapan. Pertama, mencari peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pokok masalah yakni Sistem Kesehatan. Berikutnya, prosedur pengumpulan bahan dianjurkan dengan membaca, mencari dan mengkaji teori-teori dalam literatur yang menjelaskan tentang landasan berpikir teoritis atau isu hukum yang hendak diteliti. Terakhir, peneliti mengidentifikasi, mengaitkan dan menganalisa semua fakta dan bahan hukum yang didapat untuk kemudian menyusun peraturan perundang-undangan.

Dalam menganalisa bahan hukum yang digunakan untuk naskah akademik ini, penyusun menggunakan metode deskriptif analitis, yaitu metode memusatkan diri pada penguraian masalah, pemaparan, penafsiran dan analisa sehingga akan menghasilkan kesimpulan yang berdasarkan pada hasil yang dapat dipertanggungjawabkan. Dalam penelitian normatif ini pula, penyusun berusaha untuk menjelaskan analisa-analisa yang telah dilakukan dalam pembahasan yang komprehensif namun mudah dipahami. Pembahasan yang teoritis namun tidak mustahil diimplementasikan agar tidak membuat semakin jauh jarak antara teori hukum dan praktek hukum, sehingga nantinya diharapkan solusi yang ditemukan diharapkan dapat semakin mendekatkan fakta yang ada dengan solusi yang aplikatif yang dapat diterapkan dalam praktek pemerintahan di daerah. Secara garis besar proses penyusunan Peraturan Daerah meliputi tiga tahap yaitu:

⁴Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum* (Jakarta: Penerbit Kencana, 2009), hlm. 93.

⁵*Ibid.*, hlm. 95.

- a. Tahap konseptualisasi;
- b. Tahap sosialisasi dan konsultasi publik;
- c. Tahap proses politik dan pematapan.⁶

⁶*Ibid.*, hlm. 95.

BAB II

KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. KAJIAN TEORITIS

Secara etimologis Sistem Kesehatan terdiri dari dua kata, yakni: Sistem dan Kesehatan. Dalam kamus besar Bahasa Indonesia, kata sistem diartikan dalam 3 arti, yakni : 1. perangkat unsur yang secara teratur saling berkaitan sehingga membentuk susunan totalitas. 2. susunan yang teratur dari pandangan, teori, asas dan sebagainya. 3. Metode.⁷

Satjipto Rahardjo memberi dua pengertian terhadap sistem. Pertama, adalah sistem sebagai jenis satuan, yang mempunyai tatanan tertentu. Tatanan tertentu disini menunjuk suatu struktur yang tersusun dari bagian-bagian. Kedua, sistem sebagai suatu rencana, metoda, atau prosedur untuk mengerjakan sesuatu. Lebih lanjut dikatakan oleh Satjipto Rahardjo bahwa suatu sistem adalah suatu kesatuan yang bersifat kompleks, yang terdiri dari bagian-bagian yang berhubungan satu sama lain. Bagian-bagian tersebut bekerja bersama secara aktif untuk mencapai tujuan pokok dari kesatuan tersebut. Sehingga, dalam sistem terkandung :

1. Sistem itu berorientasi kepada tujuan.
2. Keseluruhan adalah dari sekedar jumlah dari bagian-bagiannya.
3. Suatu sistem berinteraksi dengan sistem yang lebih besar, yaitu lingkungannya.
4. Bekerjanya bagian-bagian dari sistem itu menciptakan sesuatu yang berharga.
5. Masing-masing bagian harus cocok satu sama lain.
6. Ada kekuatan pemersatu yang mengikat sistem itu.⁸

Pemahaman sistem sebagai metoda dikenal melalui cara-cara pendekatan terhadap suatu masalah yang disebut pendekatan-pendekatan sistem. Pendekatan ini mengisyaratkan kepada kita agar menyadari kompleksitas dari masalah yang kita hadapi dengan cara menghindari pendapat yang terlalu menyederhanakan persoalan dan dengan demikian menghasilkan pendapat yang keliru.

Berdasarkan pengertian di atas tampak bahwa sistem itu merupakan pola kerja yang dilakukan oleh beberapa komponen-komponen yang bekerja secara bersama-sama

⁷Departemen Pendidikan Nasional, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Edisi Ketiga, (Jakarta: Balai Pustaka, 2005), hlm. 1076.

⁸Satjipto Rahardjo, *Ilmu Hukum*, Cet. Kedelapan, (Bandung: PT. Citra Aditya Bakti, 2014), hlm. 48.

menurut fungsi dan tugasnya untuk mencapai suatu tujuan. Dalam sebuah sistem semua mempunyai arti dan kedudukan yang sama. Tidak ada yang lebih penting, tetapi semua sama. Oleh karena itu, semua komponen-komponen harus bekerja tanpa kecuali. Sebab, satu dari komponen itu tidak bekerja, tujuan tidak akan didapat secara maksimal, bahkan bisa gagal.

Terkait dengan kesehatan, dalam Pasal 1 angka 1 UU No. 36 Tahun 2009 diberi pengertian, bahwa :

“Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.”

Berdasarkan pengertian di atas tampak bahwa pengertian kesehatan itu mempunyai pengertian yang luas, dimana, sehat tidak hanya secara fisik, tetapi juga sehat mental, spiritual maupun sosial. Ketika seorang sehat maka ia dapat hidup produktif untuk memenuhi kebutuhannya. Ada sebuah adagium yang sudah lama dikenal dalam bahasa latin “*Mens sana in corpore sano*” (dalam tubuh yang sehat terdapat jiwa yang kuat). Ketika orang sehat maka ia dapat menciptakan karya yang berguna baik bagi dirinya maupun bagi orang lain. Oleh karena itu, menjaga dan memelihara kesehatan mutlak perlu dilakukan agar manusia dapat bekerja dan berkarya dengan baik dalam memenuhi kebutuhan hidupnya.

Melalui penjelasan tentang pengertian sistem dan kesehatan sebagaimana dikemukakan di atas, selanjutnya akan dijelaskan apa yang dimaksud dengan sistem kesehatan. Apabila UU No. 36 Tahun 2009 diperhatikan tidak dijelaskan apa itu sistem kesehatan. Dalam Pasal 167 ayat (3) hanya dikatakan bahwa pengelolaan kesehatan dibuat dalam satu sistem kesehatan nasional. Pengertian sistem kesehatan nasional ini baru ditemukan dalam Pasal 1 angka 2 Perpres 72 Tahun 2012 yang mengatakan, bahwa :

“Sistem Kesehatan Nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.”

Sebagai pembanding tentang pengertian sistem kesehatan, akan dikemukakan pengertian sistem kesehatan sebagaimana dikemukakan dalam Pasal 1 angka 14 Peraturan Daerah Kota Bandung No. 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung yang mengatakan, bahwa :

“Sistem Kesehatan Kota Bandung adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya pemerintah dan masyarakat di

Daerah secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.”

Kemudian di dalam Pasal 1 angka 8 Peraturan Daerah Kabupaten Bandung No. 3 Tahun 2016 dikatakan, bahwa:

“Sistem Kesehatan Kota Bandung adalah pengelolaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen di Daerah secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.”

Dalam Pasal 1 angka 7 Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 1 Tahun 2016 juga dikatakan, bahwa:

“Sistem Kesehatan Provinsi adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh komponen masyarakat di Jawa Timur secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.”

Berdasarkan beberapa pengertian sistem kesehatan di atas, dalam naskah akademik ini lebih cenderung mengikuti pengertian sistem kesehatan sebagaimana disebut dalam Pasal 1 angka 2 Perpres 72 Tahun 2012 bahwa “Sistem Kesehatan Kota Bandung disingkat SKKB adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen di Kota Bandung secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.” Berdasarkan pengertian tersebut tampak bahwa sistem kesehatan Kota Bandung itu merupakan suatu usaha pengelolaan kesehatan yang dilakukan oleh semua komponen di Kota Bandung secara terpadu dan berkesinambungan agar tercipta derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengelolaan kesehatan itu dilakukan oleh Pemerintah Kota Bandung, swasta, dan masyarakat. Pengelolaan kesehatan itu dilakukan secara terpadu, berkesinambungan, dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di Kota Bandung.

Melalui penjelasan di atas tampak bahwa pembangunan kesehatan itu sangat penting dilakukan agar tercipta derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di Kota Bandung. Sesuai amanah UUD 1945, UU No. 36 Tahun 2009 Jo UU No. 23 Tahun 2014 Jo Perpres 72 Tahun 2012 pemerintah Kota Bandung perlu membentuk Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung yang akan dijadikan sebagai landasan dalam menata dan mengelola pembangunan kesehatan di Kota Bandung. Peraturan Daerah ini amat dibutuhkan agar

pembangunan kesehatan itu mempunyai landasan hukum yang kuat.

B. KAJIAN TERHADAP ASAS DAN PRINSIP

1. Asas peraturan perundang-undangan yang baik

Berdasarkan ketentuan Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan menyatakan bahwa pembentukan peraturan perundang-undangan adalah pembuatan peraturan perundang-undangan yang mencakup tahapan, perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan. Dalam penyusunan peraturan perundang-undangan terdapat beberapa asas yang harus dipenuhi, yang ketentuan tersebut diatur dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 yang mengatur bahwa “materi muatan peraturan perundang-undangan harus menerminkan asas :

- a. Pengayoman
- b. Kemanusiaan
- c. Kebangsaan
- d. Kekeluargaan
- e. Kenusantaraan
- f. Bhineka Tinggal Ika
- g. Keadilan
- h. Kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan
- i. Ketertiban dan kepastian hukum dan/atau
- j. Keseimbangan, kserasian dan keselarasan

Berdasarkan penjelasan pasal demi pasal dalam Undang-undang No. 12 Tahun 2011, disebutkan, bahwa :

- a. Yang dimaksud dengan “Asas Pengayoman” adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus berfungsi memberikan perlindungan untuk menciptakan ketentraman masyarakat.
- b. Yang dimaksud “Asas Kemanusiaan” adalah bahwa setiap Materi Muasatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk Indonesia secara proporsional.
- c. Yang dimaksud dengan “Asas Kebangsaan” adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan sifat dan watak bangsa Indonesia yang majemuk dengan tetap menjaga prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.

- d. Yang dimaksud dengan “Asas Kekeluargaan” adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan senantiasa memperhatikan kepentingan seluruh wilayah Indonesia dan materi Muatan Peraturan Perundang-undangan yang dibuat di daerah merupakan bagian dari sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila dan Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- e. Yang dimaksud dengan “Asas Bhineka Tunggal Ika” adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus memperhatikan keragaman penduduk, agama, suku dan golongan, kondisi daerah serta budaya dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.
- f. Yang dimaksud dengan “Asas Keadilan” adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara.
- g. Yang dimaksud dengan “Asas Kesamaan Kedudukan dalam Hukum dan Pemerintahan” adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan tidak boleh memuat hal yang bersifat membedakan berdasarkan latar belakang, antara lain Agama, suku, ras, golongan, gender, atau status sosial.
- h. Yang dimaksud dengan “Asas Ketertiban dan Kepastian Hukum” adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus dapat mewujudkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan kepastian hukum.
- i. Yang dimaksud dengan “Asas Keseimbangan, Keresasian, dan Keselarasan” adalah bahwa setiap Materi muatan peraturan Perundang-Undangn harus mencerminkan keseimbangan, keserasian, dan keselarasan, antara kepentingan individu, masyarakat dan kepentingan bangsa dan negara.

Pasal 6 ayat (2) Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 kemudian mengatakan bahwa : “selain mencerminkan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Peraturan Perundang-undangan tertentu dapat berisi asas lain sesuai dengan bidang hukum Peraturan Perundang-undangan yang bersangkutan.” Berdasarkan ketentuan pasal tersebut dapat diketahui bahwa selain sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 6 ayat 1 Undang-Undang No. 12 Tahun 2011, penyusunan peraturan perundang-undangan dapat didasarkan pada asas lain. Asas lain itu antara lain adalah asas kesetaraan gender, asas-asas umum pemerintahan yang

baik, asas-asas desentralisasi, dekonsentrasi, asas pembantuan dan sebagainya.⁹

Adapun yang dimaksud dengan asas kesetaraan gender selanjutnya dapat didasarkan pada penjelasan Pasal 2 Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mendefinisikan asas gender dan nondiskriminasi berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki. Ketentuan dalam Undang-undang No. 12 Tahun 2011 juga mengatur larangan melakukan diskriminasi, sebagaimana diatur dalam Pasal 6 ayat (1) huruf g dan h. Selanjutnya implementasi kesetaraan gender didasarkan pada beberapa indikator antara lain: akses, partisipasi, kontrol dan manfaat.¹⁰ Indikator akses mempertimbangkan bagaimana memperoleh kesempatan yang setara antara laki-laki dan perempuan untuk setiap sumber daya yang akan diatur dalam peraturan perundang-undangan sehingga norma-norma hukum yang dirumuskan mencerminkan keadilan dan kesetaraan gender.¹¹ Indikator partisipasi memperhatikan apakah peraturan perundang-undangan memberikan kesempatan yang setara bagi laki-laki dan perempuan dalam melaksanakan hak dan kewajiban dalam setiap kebijakan dan program pembangunan.¹² Indikator menganalisis apakah norma hukum yang dirumuskan dalam peraturan perundang-undangan memuat ketentuan yang setara berkenaan dengan relasi kekuasaan antara laki-laki dan perempuan untuk melaksanakan hak dan kewajibannya. Indikator manfaat menganalisa apakah norma hukum yang dirumuskan dapat menjamin bahwa suatu kebijakan atau program akan menghasilkan manfaat yang setara bagi laki-laki dan perempuan di kemudian hari.

2. Asas-Asas Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan di Kota Bandung diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender, dan non-diskriminatif, dan norma-norma agama.

Asas perikemanusiaan yang berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang

⁹ Tentang asas-asas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) UU. No. 11 Tahun 2012 lihat Marojahan JS Panjaitan, *Pembentukan & Perubahan Undang-Undang Berdasarkan UUD 1945* (Bandung: Pustaka Reka Cipta, 2017), hlm. 245-261.

¹⁰Kementrian Hukum dan HAM. Kementrian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementrian Dalam Negeri. "Parameter Kesetaraan Gender Dalam Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan". www.kemenppa.go.id, diakses 27 September 2018, hlm. 41.

¹¹*Ibid.*

¹²*Ibid.*

berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan, agama, dan bangsa.

Asas keseimbangan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.

Asas manfaat berarti bahwa pembangunan kesehatan juga harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga Negara.

Asas perlindungan berarti bahwa pembangunan kesehatan dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

Asas penghormatan terhadap dan hak dan kewajiban berarti bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.

Asas keadilan berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.

Asas gender dan non-diskriminatif berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.

Asas norma agama berarti pembangunan kesehatan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan agama yang dianut masyarakat.

Asas-asas sebagaimana dikemukakan di atas akan dielaborasi dengan asas-asas sebagaimana disebut dalam asas-asas pembentukan peraturan perundang-undangan sebagaimana di sebutkan sebelumnya dalam membentuk sistem kesehatan Kota Bandung.

C. KAJIAN TERHADAP PRAKTIK PENYELENGGARAAN, KONDISI YANG ADA, SERTA PERMASALAHAN YANG DIHADAPI MASYARAKAT

Secara praktik empirik, pelayanan dan upaya kesehatan di Kota Bandung dapat dilihat sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dasar yang merupakan tanggung jawab Pemerintah Daerah secara operasional dilaksanakan oleh Puskesmas, sarana kesehatan yang bekerjasama dengan Pemerintah Daerah. Jumlah fasilitas kesehatan tingkat dasar di Kota Bandung sudah sangat memadai, yaitu sekitar 1:570 penduduk (dibanding standar 1:1,000 penduduk).

**Tabel Rasio Puskesmas per 100.000 Penduduk Tahun
2014 – 2016**

	2014	2015	2016
Jumlah Puskesmas	73	73	73
Jumlah Penduduk	2,575,478	2,490,622	2,490,479
Rasio per 100.000 penduduk	2.83	2.93	2.93

Idealnya 1 (satu) Puskesmas melayani 30,000 penduduk (atau 3.3 per 100,000 penduduk), sementara di Kota Bandung seperti dapat dilihat pada Tabel 2-15; setiap 100,000 penduduk Kota Bandung masih dilayani oleh kurang dari 3 Puskesmas (atau 1 Puskesmas melayani sekitar 35,000 penduduk). Namun persebaran penduduk Kota Bandung yang tidak merata, menyebabkan jumlah penduduk yang dilayani Puskesmas juga berbeda-beda. Ada Puskesmas yang melayani kurang dari 30,000 penduduk, namun juga ada Puskesmas yang melayani lebih dari 35,000 penduduk.

2. Pelayanan kesehatan rujukan

Pelayanan kesehatan rujukan dilaksanakan oleh Pemerintah, masyarakat dan swasta antara lain dalam bentuk rumah sakit, praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, balai pengobatan penyakit paru-paru, balai kesehatan mata dan balai kesehatan jiwa.

Idealnya untuk setiap penduduk harus tersedia 1,000 tempat tidur rumah sakit, sehingga apabila penduduk Kota Bandung tahun 2016 adalah 2,490,479; maka dibutuhkan sekitar 2,491 tempat tidur. Pada tahun 2016, terdapat 3.967 tempat tidur, maka ketersediaan tempat tidur di berbagai rumah sakit yang ada di Kota Bandung sudah melebihi kondisi ideal.

3. Gawat Darurat

Fasilitas kesehatan mampu memberikan pelayanan gawat darurat level I¹³ di Kota Bandung terdapat di 5 Puskesmas perawatan, 1 Puskesmas 24 jam, 30 rumah sakit dari 33 rumah

¹³Fasilitas Instalasi gawat darurat level 1 adalah tempat pelayanan pasien kegawatdaruratan yang memiliki setidaknya tenaga kesehatan dokter umum berada ditempat 24 jam dengan kualifikasi *general emergency life support* dan atau *advance life support*, *advance cardiac life support*, serta memiliki alat transportasi dan komunikasi.

Layad rawat adalah pelayanan kesehatan yang menangani kasus kegawatdaruratan. Layad rawat dibagi menjadi beberapa level. Level 1 dan 2 adalah level kegawatdaruratan yang perlu penanganan secepatnya. Level 3a adalah level yang perlu penanganan medis maksimal 24 jam, level 3b, 4, dan 5 adalah level kegawatdaruratan yang tidak perlu dikunjungi, hanya memerlukan edukasi medis.

sakit atau 93,75%. Tingkat ketersediaan layanan kegawatdaruratan level I di rumah sakit meningkat dari tahun sebelumnya sebesar 88,89% menjadi 93,75%. Kota Bandung tahun 2013-2015 merintis sistem penanganan gawat darurat terpadu (SPGDT) bersama PT. Telkom Indonesia Tbk, di 6 UPT Puskesmas dan 32 rumah sakit daerah dengan UPT Yankesmob sebagai lokasi *call center*.¹⁴

4. Pelayanan Kesehatan tradisional

Pelayanan Kesehatan Tradisional dibina dan diawasi oleh Pemerintah Daerah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama, sosial dan kepatutan.

5. Pelayanan Darah¹⁵

Pada tahun 2017, yang telah mendonorkan darahnya kurang lebih 80.979 orang sehingga terhimpun 123.012 kantong. Jika di prosentasikan antara jumlah penduduk dengan pendonor darah di Unit Donor Darah Palang Merah Indonesia Kota Bandung adalah 3% (tiga persen) dari jumlah penduduk Kota Bandung.

123.012 kantong darah tersebut, berasal dari donor sukarela, donor keluarga (donor pengganti) dan Apheresis, terdapat peningkatan sebanyak 5% atau 7.019 kantong darah bila dibandingkan dengan penerimaan pada tahun 2016 sebanyak 122.997 kantong darah. Dari jumlah tersebut kemudian sebagian diolah menjadi komponen darah sehingga diperoleh produk darah sebanyak 266.331 kantong dan sebanyak 136.503 kantong darah ditransfusikan kepada penderita di berbagai rumah sakit di Kota Bandung.

6. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

PHBS merupakan perilaku yang dipraktikkan oleh setiap individu dengan kesadaran sendiri untuk meningkatkan kesehatannya. Lima tatanan PHBS yakni: tatanan rumah tangga; tatanan pendidikan; tempat umum; tempat kerja; dan institusi kesehatan. Tatanan dalam rumah tangga adalah keluarga dengan seluruh anggotanya berperilaku hidup bersih dan sehat, yang meliputi 10 indikator yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan; bayi diberi ASI Eksklusif; balita ditimbang setiap bulan; menggunakan air bersih; mencuci tangan menggunakan air bersih dan sabun; menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk di rumah sekali seminggu; makan sayur dan buah setiap hari;

¹⁴*Ibid.*, hlm. 56.

¹⁵Palang Merah Indonesia Kota Bandung, *Laporan Tahunan Unit Transfusi Darah 2017*, (Bandung: PMI Kota Bandung, 2017), hlm. 1.

melakukan aktifitas fisik setiap hari; dan tidak merokok di dalam rumah.¹⁶ pembiasaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) memiliki peran penting meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sebesar 30-35%, sehingga diperlukan upaya kuat untuk mensosialisasikan dan menerapkan PHBS dalam kehidupan sehari-hari.¹⁷

a. Tidak Merokok di Dalam Rumah

Perilaku merokok di dalam rumah menyebabkan PHBS di Kota Bandung tidak pernah tercapai. Tahun 2017, perilaku tidak merokok di dalam rumah mencapai 261.580 rumah tangga atau 67,78%.¹⁸

b. Melakukan Aktifitas Fisik Setiap Hari

Sebanyak 3,47% atau 360.754 rumah tangga di Kota Bandung pada tahun 2017 melakukan aktifitas fisik setiap hari.¹⁹

c. Makan Buah dan Sayur Setiap Hari

Masalah utama dalam mengkonsumsi buah dan sayur setiap hari adalah kebiasaan masyarakat yang sudah berubah, dan kurangnya pendidikan kesehatan serta pembiasaan sejak dini yang menyebabkan frekuensi konsumsi buah dan sayur masih kurang. Tahun 2017, cakupan mengkonsumsi buah dan sayur di Kota Bandung mencapai 91,24%, atau 352.139 rumah tangga di Kota Bandung melakukan konsumsi buah dan sayur setiap hari.²⁰

d. Mencuci Tangan dengan Air Bersih dan Sabun

Sebanyak 94,94% atau 366.416 rumah tangg di Kota Bandung berdasarkan data Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung sudah mencuci tangan dengan benar.²¹

e. Memberantas Jentik di Rumah

Sebanyak 360.798 rumah tangga atau 93,48% rumah tangga di Kota Bandung sudah melakukan pemberantasan jentiknyamuk di rumah.²²

7. Pemantauan dan pengamatan penyakit

Pengendalian vektor adalah semua kegiatan yang bertujuan untuk menekan kepadatan jentik nyamuk. Hasil pemeriksaan tahun 2012 sebanyak 90,42 % rumah/bangunan bebas jentik nyamuk (dari 38.004 rumah/bangunan yang diperiksa). Hal ini mengalami sedikit penurunan dibandingkan tahun 2011

¹⁶*Ibid.*, hlm. 64.

¹⁷Humas Bandung, "Hidup Bersih dan Sehat Mampu Tingkatkan Kesehatan 35 Persen", <http://humas.bandung.go.id/humas/berita/2018-04-23/hidup-bersih-dan-sehat-mampu-tingkatkan-kesehatan->, diakses 26 September 2018.

¹⁸*Ibid.*

¹⁹*Ibid.*

²⁰*Ibid.*

²¹*Ibid.*

²²*Ibid.*

sebesar 91,58 % dari 23.330 rumah/bangunan yang diperiksa. Jika dibandingkan dengan target program (angka bebas jentik >95 %), maka angka bebas jentik Kota Bandung baik tahun 2011 maupun 2012 masih kurang dari target.

8. Kesehatan Lingkungan

Pada tahun 2016, rumah sehat yang memenuhi syarat di Kota Bandung mencapai 74,30% atau sebanyak 301.572 rumah, dan 25,70% atau sebanyak 104.329 belum memenuhi syarat sebagai rumah sehat.

1) Rumah Sehat

Pendataan penilaian rumah sehat pada tahun 2016 dilakukan oleh sanitarian di Puskesmas mendapatkan hasil sebagai berikut: terdapat 405.901 rumah yang ada di Kota Bandung dengan 301.572 rumah atau 74,30% rumah sehat yang memenuhi syarat. Bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya terdapat 300.549 rumah sehat di Kota Bandung dengan persentase 74,02%.²³

Pada tahun 2017 berdasarkan Rekapitulasi Hasil Pendataan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga, Kadarzi & Kematian Wanita Usia Subur (WUS), ada 474.931 jumlah rumah tangga, dan jumlah rumah tangga yang di data sebanyak 385.950 (81,26%). Status rumah tangga yang sehat berjumlah 261.580 atau 67,78%, dan rumah yang tidak sehat berjumlah 124.370 atau 32,22%. Kemudian jumlah Kepala Keluarga secara keseluruhan ada 877.335 Kepala Keluarga, dan jumlah Kepala Keluarga yang di data ada 752.971 Kepala Keluarga atau 85,82%.²⁴

2) Sarana Sanitasi Dasar

Jumlah jenis sarana jamban leher angsa di Kota Bandung sejumlah 385.002 sarana dengan 2.396.889 penduduk penggunaannya dari estimasi penduduk 2.490.622 jiwa atau sebanyak 96,24% nya. Jenis jamban leher angsa yang memenuhi syarat kesehatan sebanyak 213.444 sarana (55,44%) dari sarana leher angsa yang ada dengan 1.471.456 penggunaannya atau sebesar 61,39% pengguna jamban leher angsa yang telah memenuhi syarat. Bila dibandingkan dengan tahun 2015, besaran penduduk akses sanitasi dasar yang sehat (jamban sehat) adalah sebanyak 73.41 %. Tahun 2016 ini tersedia data akses terhadap fasilitas sanitasi jenis jamban komunal. Tercatat 860 sarana jamban komunal dengan 19.156 pengguna. Terdapat 97 jamban komunal dari 860 jamban komunal yang ada yang memenuhi persyaratan dengan 8.281 potensi

²³*Op.cit.*, hlm. 67.

²⁴Rekapitulasi Hasil Pendataan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga, Kadarzi & Kematian Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2017 dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.

penggunanya(0,33%). Secara keseluruhan, tingkat penduduk dengan akses sanitasilayak tahun 2016 di Kota Bandung sebesar 59,41 % menurun cukupbesar dari tahun sebelumnya yang sebesar 70,6 %.²⁵Tahun 2017 jumlah penggunaan jamban sehat sebanyak 285.963 atau cakupannya mencapai 74,09%.²⁶

3) Penggunaan Air Bersih

Kondisi penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap airminum (layak) di Kota Bandung dibedakan atas akses bukan denganjaringan perpipaan dan akses dengan jaringan perpipaan yakni PDAM(Perusahaan Daerah Air Minum). Sumber akses bukan perpipaan dengankondisinya yang memenuhi syarat terdiri dari Sumur Gali Terlindungsebanyak 47.929 sarana, Sumur Gali dengan Pompa sebanyak 11.965sarana, Sumur BOR dengan Pompa sebanyak 30.657, Mata AirTerlindung sebanyak 99 sarana, Penampung Air Hujan 69 sebanyaksarana. Sedangkan sumber akses perpipaan (PDAM dan BPSPAM) dankondisinya yang memenuhi syarat sebanyak 136.714 sarana. Jumlah totalpenduduk Kota Bandung yang memiliki akses air bersih dan air minumtahun 2016 sebanyak 1.879.031 penduduk dengan persentase 75,47 %yang pada tahun sebelumnya angka ini sebesar 73,76%.²⁷Tahun 2017, di Kota Bandung penggunaan air bersih mencapai 371.389 rumah tangga atau 96,23%.²⁸

4) Tempat-Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat

Tempat-tempat umum dan pengelolaan makanan sepertihotel, restoran, rumah makan, pasar dan lainnya perlu terus dipantau dandibina tentang keadaan lingkungan dan upaya untuk menciptakanlingkungan sehatnya secara terus menerus oleh tenaga kesehatan.Pendataan dan pembinaan kepada para pengelola makanan di Kota Bandung tahun 2016 dilakukan kepada semua (4.057) tempat pengelolamakanan. Dari hasil pendataan dan pembinaan yang dilakukan olehsanitarian puskesmas terhadap tempat pengelolaan makanan menjelaskanbahwa dari 4.057 tempat pengelola makanan (TPM), 1.333 (32,86%)diantaranya telah memenuhi syarat hygiene sanitasi. Angka inimeningkat dari tahun 2015 yang dapat mencapai 1.047 TPM denganpersentase (25.83 %).Tempat-tempat umum (TTU) merupakan suatu saranadikunjungi banyak orang dan berpotensi menjadi tempat persebaranpenyakit. TTU meliputi terminal, pasar, tempat ibadah, station, tempatrekreasi, dan lain-lain.

²⁵*Ibid.*, hlm. 69.

²⁶*Op.cit.*, Rekapitulasi...

²⁷*Ibid.*, hlm. 68.

²⁸*Op.cit.*, Rekapitulasi...

Tempat-tempat umum yang diulas adalah sarana pendidikan, sarana kesehatan, dan hotel yang totalnya berjumlah sebanyak 1.756 titik. Sebanyak 1.332 TTU atau 75,85% diantaranya telah memenuhi syarat kesehatan. Persentase TTU memenuhi syarat tahun 2016 meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 75,73%.²⁹

9. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

1. Penyakit Menular

Data kesakitan diperlukan untuk memberikan informasi di masyarakat (*community based data*) mengenai permasalahan penyakit, perkembangan dan penyebarannya. Sepanjang tahun 2016 jumlah keseluruhan kasus baru yang dikelola pada SP3 (Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas) sebanyak 1.086.656 kasus dengan tercatat 190 jenis penyakit.³⁰

a. Penyakit Acute Flaccid Paralysis (AFP)

Cakupan penemuan penderita AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) pada 100.000 penduduk di bawah 15 di Kota Bandung tahun 2016 sebesar 2,82 dengan jumlah kejadian sebanyak 16 kasus.³¹

b. Penyakit Tuberculosis

Jumlah kasus baru penderita Tuberculosis di Kota Bandung tahun 2016 secara klinis dan laboratoris sesuai wilayah administrasinya sebanyak 1.107 penderita. Selain itu, untuk jumlah seluruh kasus TB baru pada penderita TB warga Kota Bandung sesuai wilayah administrasinya ditemukan sebanyak 2.545 kasus. Jumlah kasus kematian akibat penyakit TB selama pengobatan, yang dapat diruntu asal domisilinya di tahun 2016 meningkat 2 kasus dari tahun 2015. Kematian ini terjadi di 12 kecamatan di Kota Bandung dengan jumlah 18 kasus. Jumlah kematian berasal dari fasilitas kesehatan lain yang tidak dapat diketahui wilayah domisilinya sebanyak 27 kasus sehingga total kematian akibat TB sebanyak 45 kasus kematian.³²

c. Penyakit Pneumonia pada Balita

Pneumonia merupakan peradangan atau inflamasi yang terdapat pada parenkim paru. Kondisi ini ditandai dengan adanya batuk, sesak napas, demam, dan infiltrat pada foto rontgen. Kasus Pneumonia tahun 2016 yang ditemukan

²⁹*Ibid.*, hlm. 70.

³⁰*Ibid.*, hlm. 23.

³¹*Ibid.*, hlm. 24. AFP atau penyakit *Acute Flaccid Paralysis* adalah penyakit infeksi paralisis yang disebabkan oleh virus. Penularan dapat terjadi secara langsung dan tidak langsung. Penyebarannya sangat ditentukan oleh kondisi kualitas sanitasi lingkungan dan status imunisasi anak di suatu wilayah.

³²*Ibid.*, hlm. 25-26.

dan ditangani sebesar 12.579 kasus atau 106,00% dari perkiraan balita menderita Pneumonia. Angka kasus Pneumonia yang ditemukan dan ditangani tahun 2015 sebesar 62,20% dari perkiraan balita menderita Pneumonia.³³

d. **Penyakit HIV/AIDS**

Tahun 2016 di Kota Bandung terdapat kasus baru HIV sebanyak 187, sedangkan penemuan kasus baru tahun sebelumnya sebanyak 85 kasus. Angka tersebut meningkat cukup tajam dari tahun sebelumnya sebanyak 102 kasus. Namun, untuk kasus AIDS terdapat penurunan pada periode yang sama. Ditemukan 98 kasus untuk tahun 2015 yang tahun sebelumnya ditemukan 202 kasus AIDS.³⁴ Ada kesulitan dalam penanggulangannya, khususnya pengidap HIV/AIDS anak di bawah umur, sebab harus memerlukan izin dari orang tua untuk memeriksanya. Seharusnya kepada tenaga kesehatan diberi keleluasaan dalam melakukan pemeriksaan, khususnya kepada anak di bawah umur. Hal itu diperlukan dalam mencegah penularannya kepada anak yang lain.

e. **Penyakit Infeksi Menular Seksual**

Infeksi menular seksual (IMS) di Kota Bandung pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 1.909 kasus. Bila dibandingkan dengan tahun lalu, terjadinya peningkatan jumlah kasus ditemukan dari 821 kasus. Infeksi HIV/AIDS erat kaitannya dengan infeksi menular seksual, dikarenakan IMS merupakan *cofactor* terjadinya HIV/AIDS. Dengan mengontrol penyebaran IMS, maka akan menurunkan pemaparan dan kejadian HIV/AIDS.³⁵ Penyebaran penyakit ini terjadi akibat perilaku seksual yang menyimpang, yakni melakukan hubungan seksual bukan dengan istri atau suami, tetapi dengan wanita penjual seksual dan/atau pria penjual seksual. Ada kesulitan dalam pencegahannya, sebab para penjual seksual ini menjajakan diri disembarang tempat. Sehingga, sulit untuk mendeteksinya.

f. **Penyakit Diare**

Jumlah kasus diare pada balita tahun 2016, yang didapat dari Puskesmas termasuk oleh kader kesehatan, sebesar 21.876 kasus. Kasus ini mengalami penurunan dari tahun ke tahun sejak tahun 2012.³⁶

³³Profil Kesehatan Kota Bandung Tahun 2016, *op.cit.*, hlm. 26-27.

³⁴*Ibid.*, hlm. 27-28.

³⁵*Ibid.*, hlm. 28-29.

³⁶*Ibid.*, hlm. 29.

g. **Penyakit Kusta**

Insiden kusta di Kota Bandung tahun 2016 sebanyak 1 orang penderita Kusta Pausi Basiler (PB/kusta kering) dan 5 penderita Kusta Multi Basiler/kusta basah. Diantaranya terdapat satu kasus baru kusta mengalami kecacatan tingkat 2. Sepanjang 2016 penderita kusta yang telah selesai berobat (*release from treatment/RFT*) sebanyak 8 penderita yang terdiri dari seorang penderita PB dan 7 orang penderita MB.³⁷

h. **Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)**

Sepanjang tahun 2016 ditemukan sebanyak 3.880 kasus DBD (Demam Berdarah Dengue) ditemukan di Kota Bandung. Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2015 lalu yang sebanyak 3.640 kasus dengan *Insiden Rate* 156 per 100.000 penduduk. Kematian akibat DBD sepanjang tahun 2016 tercatat sebanyak 7 kasus terdiri dari satu orang laki-laki dan 6 orang perempuan dengan *case fatal rate* 0,20%.³⁸

i. **Penyakit Malaria**

Penyakit malaria di Kota Bandung pada tahun 2016 ditemukan 54 kasus baru, meskipun demikian penderita penyakit malaria tersebut berstatus impor yang artinya didapat dari luar wilayah Kota Bandung, karena di wilayah Kota Bandung tidak terdapat vektor penular penyakit malaria. Semua kasus malaria yang ditemukan tersebut dilaporkan dari Rumah Sakit.³⁹

j. **Penyakit Filariasis**

Kasus filariasis di Kota Bandung pada tahun 2015 terdapat 3 kasus. Namun pada tahun 2016 mengalami penurunan menjadi 2 orang, begitupun pada tahun 2017 terdapat 2 orang.⁴⁰

2. Penyakit Menular yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)⁴¹

PD3I merupakan penyakit-penyakit menular yang dapat diberantas/ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi, seperti: difteri, pertusis, tetanus neonatorum, campak, polio, dan hepatitis B. penyakit tersebut disamping dapat menimbulkan kematian, kesakitan, dan juga kecacatan, bahkan apabila tidak ditangani dengan benar dan cepat dapat menular dan mengakibatkan kondisi wabah atau kejadian luar biasa/*outbrake* (KLB).

³⁷*Ibid.*, hlm. 30.

³⁸*Ibid.*, hlm 33.

³⁹*Ibid.*, hlm. 34.

⁴⁰ *Ibid.*, hlm. 34. Data filariasis tahun 2017 didapatkan dari Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kota Bandung pada tanggal 14 September 2018.

⁴¹*Ibid.*, hlm. 31-33.

Sepanjang tahun 2016 ditemukan dan ditangani 462 kasus campak yang pada tahun sebelumnya tercatat 453. Kasus campak mengalami peningkatan yang cukup besar.

Kasus difteri pada tahun 2016 berjumlah 6 kasus menurun dari tahun 2015 dan 2014 yang berjumlah 10 dan 11 kasus. Selain itu ditemukan pula kasus polio sebanyak 16 kasus dan hepatitis B sebanyak 32 kasus yang pada tahun sebelumnya tidak ditemukan kedua penyakit ini.

Kasus kejadian tetanus neonatorum dan pertusis yang ditemukan pada tahun-tahun sebelumnya, pada 2016 tidak ditemukan.

3. Penyakit Tidak Menular⁴²

Tentang penyakit tidak menular ada kecenderungan terus meningkat dan telah mengancam sejak usia muda. Menurut Kementerian Kesehatan, sejak dua decade terakhir ini, telah terjadi transisi epideologis yang signifikan, penyakit tidak menular telah menjadi beban utama, meskipun beban penyakit menular masih berat juga. Di Kota Bandung, populasi penyakit tidak menular ini juga sangat tinggi. Jumlah kasus hipertensi pada tahun 2017 sebanyak 51.846, kasus kanker pada tahun 2017 sebanyak 8.48, kasus asthma pada tahun 2017 sebanyak 4.076, kasus osteoporosis pada tahun 2017 sebanyak 4.069, kasus penyakit jantung pada tahun 2017 sebanyak 2.096, kasus stroke pada tahun 2017 sebanyak 1.853, kasus PPOK pada tahun 2017 sebanyak 1,081, kecelakaan lalu lintas pada tahun 2017 terjadi sebanyak 1.029, Gangguan Ginjal Kronis pada tahun 2017 sebanyak 223 kasus, jumlah kunjungan gangguan jiwa di seluruh puskesmas Kota Bandung tahun 2017 adalah 721, dengan kunjungan penderita laki-laki sebesar 4.163 dan kunjungan penderita perempuan sebesar 5.763, dan kasus diabetes militus tahun 2017 sebanyak 8.848 kasus.⁴³

10. Kejadian Luar Biasa

Kejadian penyakit potensi kejadian luar biasa (KLB) yang terletak di Kota Bandung sepanjang tahun 2016 sebanyak 18 kejadian dengan 4 jenis kejadian/penyakit wabah. Kejadian penyakit potensi KLB terdiri dari kejadian difteri, leptospirosis, keracunan makanan, dan hepatitis A. Jumlah penderita penyakit berpotensi KLB tahun 2016 sebanyak 124 orang, yang terdiri dari difteri 6 orang; leptospirosis 8 orang; hepatitis A 6 orang; dan kasus keracunan makanan 78 penderita.⁴⁴

⁴²Data ini diambil dari Laporan Bulanan Puskesmas yang Sudah Terlapor di Dinas Kesehatan Seksi P2PTM.

⁴³*Ibid.*

⁴⁴*Ibid.*, hlm. 58.

11. Upaya Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana

a. Pelayanan dan Upaya Kesehatan Ibu Hamil

1) Pemeriksaan Ibu Hamil

Di Kota Bandung jumlah estimasi ibu hamil tahun 2016 sebanyak 46.628 ibu hamil. Kunjungan K1⁴⁵ pada tahun 2016 adalah sebesar 45.906 ibu hamil (98,45%).⁴⁶ Sementara cakupan K4⁴⁷ pada tahun 2016 di Kota Bandung sebanyak 43.997 ibu hamil atau 94,36% dari sasaran ibu hamil. Bila dibandingkan tahun sebelumnya tampak penurunan yang cukup besar. Penurunan persentase yang besar itu dikarenakan juga oleh capaian K4 tahun 2015 melampaui 100% dari sasaran ibu hamil di populasi. Penetapan sasaran target kelompok kesehatan menjadi penting karena menentukan acuan kerja dan kualitas kesehatan masyarakat setempat.⁴⁸

2) Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) Ibu Hamil

Upaya pencegahan Tetanus Neonatorum dilakukan dengan memberikan imunisasi TT pada ibu hamil dan juga pada wanita usia subur (WUS). Konsep imunisasi TT adalah *life long immunization* yaitu pemberian imunisasi TT1 sampai dengan TT5 pada ibu hamil/WUS.⁴⁹ Berikut merupakan tabel jumlah pemberian imunisasi TT pada ibu hamil di Kota Bandung sepanjang tahun 2016:⁵⁰

Jenis Imunisasi TT	Jumlah
TT-1	28,170
TT-2	24,288
TT-3	11,369
TT-4	7,936
TT-5	5,783
TT2+	49,376

3) Pemberian Tablet Besi (Tablet Fe) pada Ibu Hamil

Pemberian tablet Fe1 kepada ibu hamil tahun 2016 sebanyak 43.320 ibu hamil atau 95,98%-nya dan pemberian tablet Fe3 sebanyak 43.320 ibu hamil atau 92,90%-nya. Pemberian table Fe1 dan Fe3 meningkat pada

⁴⁵Lihat Profil Kesehatan Kota Bandung Tahun 2016, (Bandung: Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2016), hlm.39. K1 atau ANC (*Antenatal Care*) minimal 1 kali adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil minimal 1 kali tanpa memperhatikan periode waktu pemeriksaan.

⁴⁶*Ibid.*

⁴⁷*Ibid.*, hlm. 40. K4 adalah proporsi kelahiran yang mendapat pelayanan kesehatan ibu hamil selama 4 kali dan memenuhi kriteria 1-1-2 yaitu minimal 1 kali pada trisemester, minimal 1 kali pada trimester 2 dan minimal 2 kali pada trimester 3. Pemeriksaan minimal kehamilan yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan seorang ibu hamil adalah 4 kali selama kehamilan.

⁴⁸*Ibid.*

⁴⁹*Ibid.*, hlm. 41.

⁵⁰*Ibid.*, hlm. 42. Lihat table IV.1. Jumlah Pemberian Imunisasi TT pada Ibu Hamil di Kota Bandung Tahun 2016, yang bersumber dari Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kota Bandung Tahun 2016.

tahun 2016 jika dibandingkan pada tahun 2015 yang hanya mencapai 90,07% untuk pemberian tablet Fe1 dan Fe3 84,18%.⁵¹

4) Komplikasi Kebidanan/Resiko Tinggi (Risti) Ibu Hamil yang Ditangani oleh Tenaga Kesehatan

Kasus komplikasi kebidanan di Kota Bandung pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 6.661 kasus. Keseluruhan kasus yang ditemui tersebut telah ditangani sesuai standar pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Cakupan penanganan komplikasi kebidanan pada ibu hamil dengan kasus ibu hamil yang ditemui adalah sebesar 100,00%.⁵²

5) Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan

Capaian pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan berkompentensi kebidanan di Kota Bandung pada tahun 2016 sebanyak 41.433 persalinan, atau 93,09% dari 44.508 perkiraan persalinan. Proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan tahun 2015 sehingga disimpulkan terjadi penurunan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di tahun 2016.⁵³

6) Pelayanan Nifas dan Pemberian Vitamin A kepada Ibu Nifas

Proporsi pelayanan kesehatan bufas (ibu nifas) tahun 2016 di Kota Bandung sebesar 93,00%. Sebanyak 41.395 ibu nifas berkunjung ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu nifas. Pola cakupan layanan kesehatan ibu nifas menunjukkan tren kenaikan dari tahun 2014. Angka ini naik berturut-turut dari capaian tahun-tahun sebelumnya yaitu 81.39% dan 87,14%.⁵⁴ Kemudian pada tahun 2016 di Kota Bandung telah diberikan vitamin A sebanyak 39.825 kepada ibu nifas atau 89,48% dari estimasi ibu nifas yang ada. Capaian ini meningkat dibandingkan tahun 2015 yang sebesar 87,14% dan 71,96%.⁵⁵

b. Pelayanan Keluarga Berencana

Peserta Keluarga Berencana Aktif dan Peserta KB Aktif Menurut Jenis Alat Kontrasepsi

Jumlah pasangan usia subur yang ada di Kota Bandung pada tahun 2016 terdapat 361.851 pasangan usia subur (PUS) dan yang aktif ber-KB dengan berbagai jenis kontrasepsi sebanyak 379.138 atau sebesar 104,78%. Angka ini dapat menembus persentase 100,00 karena dapat disebabkan penetapan Teknik sasaran estimasi PUS.

⁵¹*Ibid.*, hlm. 42-43.

⁵²*Ibid.*, hlm. 43.

⁵³*Ibid.*, hlm. 44.

⁵⁴*Ibid.*, hlm. 45.

⁵⁵*Ibid.*

Partisipasi masyarakat dalam keikutsertaan ber-KB secara aktif di Kota Bandung pada tahun 2016 banyak memakai jenis kontrasepsi hormonal yaitu suntik sebesar 28,61% dan jenis kontrasepsi yang paling jarang dipakai adalah MOP (Metode Operasi Pria) sebesar 0,40%, kemudian kondom 2,10% dan implant 2,00%.⁵⁶

c. **Pelayanan Kesehatan Bayi**

1) Kunjungan Neonatus

Jumlah ibu dengan Neonatus berkunjung pertama kali di kurun usia bayi 0-2 hari (KN1) di Kota Bandung tahun 2016 sebesar 40.475 bayi atau 92,63%. Jumlah ibu dengan Neonatus berkunjung 3 kali di kurun usia bayi 2-28 hari (KN3) di Kota Bandung tahun 2016 sebanyak 39. Wilayah dengan KN 39.424 bayi atau 90,23%.⁵⁷

2) Imunisasi Bayi

Kota Bandung memiliki cakupan imunisasi Hb < 7 hari pada tahun 2016 sebesar 96,31%. Kemudian cakupan imunisasi BCG pada tahun 2016 mencapai 99,83%. Namun cakupan imunisasi DPT-HB3/DPT—HB-Hib3 mengalami penurunan pada tahun 2016, yaitu sebesar 97,69% dibandingkan dengan tahun 2015 yang mencapai 99,60%. Begitupun dengan persentasi cakupan imunisasi polio 4. Pada tahun 2016 mengalami penurunan yaitu sebesar 98,34%. Padahal, pada tahun 2015 mencapai 99,07%. Pada tahun 2016 cakupan imunisasi campak sebesar 99,39%, hal ini ada peningkatan persentasi cakupan imunsiasi campak dibandingkan pada tahun 2015, yaitu sebesar 99,34%.⁵⁸

Universal Child Immunization (UCI) adalah upaya pemberian imunisasi dasar lengkap pada seluruh bayi di suatu wilayah. SPM bidang kesehatan Kota Bandung tahun 2016 menargetkan 100,00% kelurahan mencapai 80,00% populasi bayinya mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Semua kelurahan yang ada di Kota Bandung (151 kelurahan) telah mencapai 100,00% kelurahan UCI (*Universal Child Immunization*).⁵⁹

3) Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif

Cakupan pemberian ASI Eksklusif sepanjang tahun 2016 kepada bayi usia 0-6 bulan di Kota Bandung sebesar 11.853 bayi dari jumlah estimasi 21.080 bayi usia 0-6 bulan atau 56,06%. Meski secara jumlah berkurang, persentasi cakupan pemberian ASI Eksklusif ini meningkat

⁵⁶*Ibid.*, hlm. 46.

⁵⁷*Ibid.*, hlm. 48.

⁵⁸Lihat pada grafik IV.9 Kondisi Cakupan Imunisasi pada Bayi di Kota Bandung tahun 2015-2016. *Ibid.*, hlm. 49.

⁵⁹*Ibid.*, hlm. 49.

dari tahun sebelumnya yang sebesar 21.848 bayi atau 54.25%.⁶⁰

4) Pelayanan Kesehatan Anak Balita

Kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan balita dijaga dan ditingkatkan melalui program layanan kesehatan balita. Terdapat sebanyak 251.331 anak balita di Kota Bandung (6-59 bulan), dari jumlah tersebut yang telah diberi vitamin A 2 kali tercatat sebanyak 141.796 anak balita atau 56,42%. Pemberian Vitamin A kepada bayi usia 6-11 bulan sebanyak 32.027 bayi atau sekitar 70,29% dan pada anak balita (12-59 bulan) sebanyak 109.769 balita atau sekitar 53.35%.⁶¹ Pada tahun 2016 cakupan pemberian kapsul vitamin A pada anak balita (12-59 bulan) di Kota Bandung lebih rendah jika dibandingkan pada tahun 2015. Pada tahun 2016 hanya sebesar 53,35% sedangkan pada tahun 2015 mencapai 60,38%. Namun cakupan pemberian kapsul vitamin A pada bayi usia 6-11 bulan mengalami peningkatan pada tahun 2016, yakni 70,29% dibandingkan dengan tahun 2015 yang hanya sebesar 60,72%.⁶²

d. Kematian Bayi dan Balita

1) Angka Kematian Bayi (AKB)

Sepanjang tahun 2016 tercatat 64 kasus kematian bayi (29 hari-11 bulan) yang tersebar di 19 kecamatan di Kota Bandung. Hal ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan Kematian bayi (29 hari-11 bulan) tahun lalu, yang tercatat 98 kasus. Jumlah kasus kematian tersebut tidak termasuk kematian Neonatal sebanyak 159 kasus yang terdiri dari Neonatal Muda (0-7 hari) dan Neonatal Lanjut (8-28 hari). Total kematian bayi (0-11 bulan) di tahun 2016 secara keseluruhan menjadi 223 kasus. Jumlah lahir mati sepanjang tahun 2016 tercatat 65 kasus dari 43.695 lahir hidup.⁶³

2) Angka Kematian Balita (AKABA)

Angka Kematian Balita (AKABA) adalah jumlah kematian anak umur 12-59 bulan per 1.000 kelahiran hidup pada periode tertentu. Sepanjang tahun 2016 ditemukan sebanyak 26 kematian balita. Angka ini mengalami peningkatan, karena pada tahun sebelumnya hanya tercatat 8 kasus.⁶⁴

⁶⁰*Ibid.*, hlm. 50.

⁶¹*Ibid.*, hlm. 51.

⁶²Lihat grafik IV.11 Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi (0-6 Bulan) dan Anak Balita (12-59 Bulan) di Kota Bandung Tahun 2013-2016, *Ibid.*, hlm. 51.

⁶³*Ibid.*, hlm. 20.

⁶⁴*Ibid.*, hlm. 21.

3) Angka Kematian Ibu

Jumlah kematian ibu di Kota Bandung tahun 2016 dilaporkan sebanyak 27 kasus kematian.⁶⁵

4) Kematian Wanita Usia Subur (WUS)⁶⁶

Angka kematian Wanita Usia Subur (WUS) pada tahun 2017 yaitu sebagai berikut:

- 10 s/d 19 tahun = 82 (67,46%)
- 20 s/d 29 tahun = 101 (82,70%)
- 30 s/d 39 tahun = 126 (103,30%)
- 40 s/d 49 tahun = 148 (121,222%)

Jumlah kematian Wanita Usia Subur (WUS) 10 s/d 49 tahun totalnya sebanyak 122.

12. Pelayanan Gizi

a. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)⁶⁷

1) Memberi ASI Eksklusif

Jumlah bayi yang berusia <6 bulan di Kota Bandung pada tahun 2017 berjumlah 12.487. Bayi yang diberi ASI saja berjumlah 10.343, atau 82,83%. Jumlah bayi berusia 6-12 bulan secara keseluruhan berjumlah 14.842, dan yang lulus ASI Eksklusif sebanyak 11.680 bayi atau 78,70%.

2) Keluarga Sadar Gizi

Jumlah keluarga sadar gizi di Kota Bandung sebanyak 624.790 atau 82,98%, dan yang tidak sadar gizi sebanyak 128.181 atau 17,02%. berdasarkan data rekapitulasi dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung tahun 2017, jumlah yang telah melaksanakan makan aneka ragam sebanyak 653.792 atau 86,83%, yang menggunakan garam beryodium sebanyak 707.406 atau 93,95%, dan pemberian suplemen vitamin A dan Fe pada ibu hamil, ibu nifas, bayi dan balita mencapai 236.016 atau 100,00%.

b. Gizi Masyarakat

1) Balita Ditimbang Berat Badannya

Program penimbangan balita yang rutin dilaksanakan ditujukan untuk memantau kesehatan dan status gizi balita. Jumlah balita secara keseluruhan pada tahun 2016 dilaporkan ada 148.902 balita, dan yang ditimbang baik di Posyandu maupun sarana pelayanan kesehatan lainnya sebanyak 143.229, atau sebanyak 96,19% dari keseluruhan jumlah balita di Kota Bandung. Pada tahun 2017, jumlah balita di Kota Bandung mengalami peningkatan, yaitu menjadi 144.939 balita, dan yang

⁶⁵*Ibid.*, hlm. 22.

⁶⁶Data Rekapitulasi Hasil Pendataan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga, Kadarzi, dan Kematian Wanita Usia Subur (WUS) dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.

⁶⁷*Ibid.*

ditimbang sebanyak 127.054 balita atau 87,7%. Jumlah balita yang ditimbang pada tahun 2017 menurun jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya.⁶⁸

2) Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan

Jumlah balita dengan gizi buruk di Kota Bandung pada tahun 2016 sebanyak 374 balita dan dari jumlah tersebut semuanya telah mendapat perawatan sesuai tatalaksana gizi buruk (100,00%). Bila dibandingkan dengan tahun lalu, kondisi gizi buruk balita di Kota Bandung mengalami peningkatan dari 288 anak pada tahun 2015.⁶⁹

3) Berat Badan Bayi Lahir Rendah (BBLR)

BBLR merupakan kondisi berat badan bayi lahir kurang dari 2.500 gram. Istilah ini dipakai bagi bayi prematur atau berat bayi lahir rendah (*low birth weight*). Hal ini dikarenakan tak semua bayi lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram bukan bayi prematur. Persentasi BBLR terhadap bayi lahir hidup sebesar 1,93% dengan jumlah BBLR 845 kasus. Di tahun 2016 terdapat 43.695 lahir hidup dengan 845 bayi diantaranya mengalami berat badan lahir rendah.⁷⁰

4) Balita Gizi Buruk

Jumlah balita gizi buruk di Kota Bandung pada tahun 2016 sebanyak 810 atau 0,57% dari jumlah keseluruhan balita sebanyak 148.902 balita. Sementara pada tahun 2017, balita gizi buruk mengalami penurunan, yakni menjadi 260 balita atau 0,20% dari jumlah keseluruhan balita, yaitu 144.939 balita.⁷¹

5) Balita Gizi Kurang

Dari jumlah balita keseluruhan sebanyak 148.902 balita di Kota Bandung pada tahun 2016, balita yang mengalami gizi kurang sebanyak 7.821 balita, atau 5,46%. Pada tahun 2017, balita yang mengalami gizi kurang mengalami penurunan, yaitu menjadi 3223 balita atau 2,5% dari jumlah keseluruhan balita di Kota Bandung sebanyak 144.939 balita.⁷²

6) Balita Gizi Baik

Balita yang bergizi baik di Kota Bandung pada tahun 2016 berjumlah 131.252 atau 91,64% dari jumlah keseluruhan 148.902 balita. Pada tahun 2017 balita yang bergizi baik

⁶⁸Data Laporan Pemantauan Status Gizi (BB/U) Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kota Bandung Tahun 2017 dan Tahun 2016 Hasil Bulan Penimbangan Balita Bulan Agustus 2017 dan 2016 dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.

⁶⁹*Ibid.*

⁷⁰*Ibid.*, hlm. 35.

⁷¹Laporan Pemantauan Status Gizi (BB/U) Berdasarkan Kelamin di Wilayah Kota Bandung Tahun 2017 dan Tahun 2016 Hasil Bulan Penimbangan Balita Bulan Agustus Tahun 2017 dan Tahun 2016 dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi.

⁷²*Ibid.*

berjumlah 123.093 balita atau 96,9% dari jumlah balita keseluruhan di Kota Bandung sebanyak 144.939 balita.⁷³

7) Balita Gizi Lebih

Pada tahun 2016, balita gizi lebih berjumlah 3.346 balita atau 2,34% dari jumlah keseluruhan balita di Kota Bandung sebanyak 148.902. Sedangkan pada tahun 2017 balita dengan gizi lebih hanya 478 balita atau 0,4% dari keseluruhan balita 144.939 balita.⁷⁴

8) Masalah Gizi Balita

Masalah gizi pada tahun 2016 di Kota Bandung secara keseluruhan mencapai 8.631 atau 6,03%. Berdasarkan angka persentase tersebut, masalah gizi di Kota Bandung masuk ke dalam kategori tidak rawan.⁷⁵

13. Upaya Kesehatan Matra

Upaya pelayanan kesehatan haji diselenggarakan dalam bentuk pembinaan, pemantauan dan pemeriksaan kesehatan jamaah haji sebelum keberangkatan dan saat kepulangan dari ibadah haji.

14. Usaha Kesehatan Sekolah

Berdasarkan Data Sasaran Penduduk dan Ausrem Tahun 2018 jumlah anak Sekolah Dasar usia 7 – 12 tahun di Kota Bandung berjumlah 212.680. Kemudian untuk usia >18 tahun berjumlah 1.817.899. Jumlah penduduk Kota Bandung secara keseluruhan berjumlah 2.503.708.⁷⁶ kesehatan usia sekolah dan remaja dilakukan melalui pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi, dan mulut terhadap murid kelas 1 SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan bersama guru dan dokter kecil, di seluruh SD Kota Bandung yang berjumlah 865 SD oleh semua Puskesmas berdasarkan wilayah kerjanya.

15. Upaya Kesehatan Usia Lanjut (Lansia)

Populasi penduduk lansia (usia diatas 60) tahun) di Kota Bandung tahun 2016 sebanyak 203.290 jiwa. Tercatat layanan kesehatan diberikan bagi lansia sebanyak 110.619 orang lansia atau 54,41% yang dilaksanakan di Puskesmas maupun unit UKBM seperti Posbindu. Lansia wanita lebih banyak mendapat pelayanan kesehatan dengan jumlah 68.448 orang (64,31%), sedangkan lansia pria mendapat layanan kesehatan sebanyak 42.131 orang (43,53%).⁷⁷

Jumlah usia lanjut (usia 60 tahun +) di Kota Bandung pada tahun 2017 berdasarkan Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia

⁷³*Ibid.*

⁷⁴*Ibid.*

⁷⁵*Ibid.*

⁷⁶Data Sasaran Penduduk dan Ausrem Tahun 2018 dari Bagian Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.

⁷⁷Profil Kesehatan Kota Bandung Tahun 2016, *op.cit.*, hlm. 55.

Lanjut menurut Jenis Kelamin, Kecamatan, dan Puskesmas Kota Bandung terdapat 96.795 laki-laki dan 106.494 perempuan, atau jumlah keseluruhan sebanyak 203.289. Namun, yang mendapatkan pelayanan kesehatan hanya sebanyak 175.843, atau 86,50%, yaitu untuk lansia wanita yang mendapatkan pelayanan kesehatan sebanyak 101.382 orang (95,20%), dan untuk lansia pria yang mendapatkan pelayanan kesehatan sebanyak 74.461 orang (76,93%).⁷⁸

16. Pelayanan Kesehatan Jiwa

Angka kejadian penyakit jiwa di kota Bandung semakin meningkat dari tahun ke tahun, hal ini mungkin berkaitan dengan perubahan kota Bandung menjadi kota metropolitan mengakibatkan terjadinya perubahan pada faktor biologis, psikologis dan sosial, terutama pada sifat masyarakat perkotaan yang bersifat individualistis.

Jumlah kunjungan Gangguan Jiwa di seluruh Puskesmas Kota Bandung Tahun 2016 adalah 9.606, dengan kunjungan penderita laki-laki sebesar 4.163 dan kunjungan penderita perempuan sebesar 5.763. Jumlah kunjungan gangguan jiwa ke puskesmas meningkat jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya (2015). Tercatat jumlah kunjungan gangguan jiwa pada Tahun 2015 sebesar 7.590, dengan 3.417 kunjungan penderita laki-laki dan 4.173 kunjungan penderita perempuan.

17. Sumberdaya Manusia Kesehatan

Sumber Daya Manusia bidang Kesehatan di Kota Bandung sejak tahun 2014 sampai dengan 2016 menunjukkan gambaran seperti pada grafik 2.17 di bawah ini.

Tabel Profil Tenaga Kesehatan Tahun 2014 – 2016

Jenis Tenaga Kesehatan	2014	2015	2016
dokter spesialis	1296	0	999
dokter umum	564	103	487
dokter gigi	115	85	192
dokter gigi spesialis	0	0	42
bidan	984	344	550
perawat	4854	217	2941
perawat gigi	46	50	118

⁷⁸Data Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut Menurut Jenis Kelamin, Kecamatan, dan Puskesmas Kota Bandung Tahun 2017 dari bagian Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Jenis Tenaga Kesehatan	2014	2015	2016
tenaga teknis kefarmasian	0	35	372
apoteker	0	5	121
kesmas	93	7	43
kesling	36	51	83
nutrisionis	82	68	117
dietisien	0	0	30
fisioterapis	4	0	64
okupasi terapis	0	0	15
terapis wicara	0	0	16
akupunturis	0	0	1
radiographer	0	0	77
radioterapis	0	0	0
teknisi elektromedis	7	0	17
teknisi gigi	0	0	0
analisis kesehatan	12	30	195
refraksionis optisien	0	0	19
ortetik prostetik	0	0	0
rekam medis dan informasi kesehatan	0	2	249
teknisi transfusi darah	0	0	5
teknisi kardiovaskuler	0	0	11

Pada data di atas, terlihat pada tahun 2015 ada penurunan jumlah yang signifikan disbanding tahun sebelum dan sesudahnya, hal ini terjadi karena hanya didapatkan data jumlah tenaga kesehatan yang ada di puskesmas saja. Apabila dilihat trend tahun 2014 dan 2016 saja, secara umum didapatkan bahwa jumlah dokter spesialis, dokter umum, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat mengalami penurunan jumlah.

Tenaga dokter spesialis, dokter dan dokter gigi lebih banyak memberikan pelayanan pada upaya kesehatan perorangan. Pada upaya kesehatan masyarakat, peran tenaga

kesehatan masyarakat, ahli gizi, bidan, perawat dan sanitarian sangatlah besar. Pada era Jaminan Kesehatan Nasional, sistem rujukan harus diberlakukan secara terstruktur dan berjenjang mulai dari tingkat primer, sekunder dan tersier.

Pada pelayanan primer, upaya kesehatan yang utama adalah upaya promotif, preventif tanpa meninggalkan upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dan preventif merupakan bagian dari upaya kesehatan masyarakat dengan tenaga utamanya adalah ahli kesehatan masyarakat, ahli gizi, sanitarian, bidan dan perawat.

Pada tabel diatas dapat dilihat jumlah tenaga tersebut sangatlah minimal. Untuk itu perlu upaya-upaya khusus dari Pemerintah Kota Bandung agar kebutuhan tenaga tersebut dapat terpenuhi. Ditinjau dari sudut pembiayaan kesehatan, upaya kesehatan perorangan akan memberikan dampak pembiayaan kesehatan yang jauh lebih besar daripada upaya kesehatan perorangan. Dengan pembiayaan yang terbatas, seharusnya upaya kesehatan masyarakat harus lebih menjadi prioritas.

Belum adanya perencanaan SDM yang memperhatikan:

1. Rencana kebutuhan SDM Kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan
2. Rencana kebutuhan SDM non Kesehatan yang bergerak dalam bidang kesehatan
3. Rencana penempatan SDM Kesehatan dalam pengelolaan structural maupun fungsional
4. Pendayagunaan SDM diselenggarakan secara merata, dan selaras baik di dunia usaha maupun di tingkat pusat dan daerah.
5. Perencanaan mendasar pada sasaran nasional dan upaya kesehatan
6. Metode perhitungan kebutuhan SDM kesehatan di dasarkan pada kesesuaian metode dengan kemampuan daerah masing-masing

Pemerintah perlu menjamin peningkatan kuantitas dan kualitas Sumber Daya Kesehatan terkait Tenaga Promosi Kesehatan agar mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang promosi kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan keterampilan penerapannya didalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.

Dibutuhkan Sumber Daya Manusia Kesehatan (diantaranya Tenaga Kesehatan Masyarakat/Promosi Kesehatan), farmasi, dan akses serta makanan, penelitian dan pengembangan serta Pemberdayaan Masyarakat (dalam bentuk UKBM/Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat), juga

diperlukan pembiayaan kesehatan termasuk jaminan kesehatan nasional.

Mendorong pergeseran anggaran dari upaya kuratif dan rehabilitatif ke arah promotif dan preventif. Mempertahankan anggaran untuk promotif dan preventif agar ditingkatkan untuk usaha kecil dan menengah (UKM).

18. **Aksesibilitas Serta Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan**

Aksesibilitas serta mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan dilakukan dalam menunjang upaya kesehatan dan pelayanan kesehatan. Penyediaan obat-obatan diselenggarakan oleh Pemerintah Kota Bandung berasal dari anggaran APBD Kota Bandung dan dana alokasi khusus (DAK) APBN. Selain itu juga tersedia droping alkes dan obat-obatan program kesehatan tertentu yang bersumber dari APBD Provinsi Jawa Barat, BPJS Kesehatan men-*supply* juga obat-obatan kepada UPKD dan Dinas Kesehatan Kota Bandung menyediakan obat, bahan obat dan alat kesehatan habis pakai di tahun 2016 terdapat 144 Jenis. Pada tahun 2014 terdapat 191 jenis dan pada Tahun 2015 dan 2016 terdapat 144 jenis obat, bahan dan alat kesehatan. Obat-obatan ini didistribusikan ke 75 Puskesmas dan 2 UPT di bawah Dinas Kesehatan.⁷⁹

19. **Sarana Kesehatan**

Berikut merupakan sarana-sarana kesehatan di Kota Bandung (Utama dan Penunjang):

a. Puskesmas

Terdapat 80 Puskesmas yang tersebar di Kota Bandung

b. Klinik Pratama

Berdasarkan data dari Bidang Perizinan Dinas Kesehatan Kota Bandung, terdapat 152 klinik pratama.

c. Klinik Utama

Berdasarkan data dari Bidang Perizinan Dinas Kesehatan Kota Bandung, terdapat 82 klinik utama.

d. Rumah Sakit

Baik itu rumah sakit umum maupun khusus, berdasarkan data yang diperoleh dari Bidang Perizinan Dinas Kesehatan Kota Bandung, terdapat 35 rumah sakit.

e. Apotek

Di Kota Bandung, tersebar 757 apotek.

f. Praktek pengobatan tradisional, alternatif dan komplementer

g. Unit Farmasi Puskesmas

Jumlah Unit Farmasi Puskesmas sama dengan jumlah Puskesmas yang ada di Kota Bandung, yaitu berjumlah 80.

⁷⁹*Ibid.*, hlm.72-73.

- h. Laboratorium Klinik (Laboratorium Kesehatan)
Berdasarkan data dari Bidang Perizinan Dinas Kesehatan Kota Bandung, terdapat 34 laboratorium kesehatan.
- i. Instalasi Farmasi Rumah Sakit
Jumlah Instalasi Farmasi Rumah Sakit sama dengan jumlah Rumah Sakit yang ada di Kota Bandung, yaitu sebanyak 35.
- j. Toko Obat (Pedagang Eceran Obat)
Terdapat 143 pedagang eceran obat di Kota Bandung.
- k. Optik
- l. Klinik Radiologi

20. **Penelitian dan Pengembangan Kesehatan**

Penelitian dan pengembangan kesehatan diarahkan pada riset yang menyediakan informasi untuk mendukung program kesehatan baik dalam bentuk kajian, riset kesehatan daerah, pemantauan berkala, riset terobosan berorientasi produk, maupun riset pembinaan dan jejaring.

21. **Pembiayaan Kesehatan**

Total anggaran kesehatan di Kota Bandung berjumlah Rp.668.903.401.997,- yang dialokasikan kepada SKPD Dinas Kesehatan Kota Bandung, RSUD Kota Bandung RSKIA Kota Bandung, dan RSKGM Kota Bandung. Total anggaran kesehatan dengan berbagai sumber tersebut bila dihitung perkapita terhadap besar penduduk Kota Bandung maka didapat angka sebesar Rp. 254.436,-/jiwa. Anggaran kesehatan yang bersumber dari APBD kota bila dibandingkan dengan anggaran keseluruhan APBD Kota Bandung di tahun 2016 mencapai 9,84%.⁸⁰

22. **Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan**

1. **Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Prabayar**

Sistem Jaminan Sosial Nasional sebagai mana yang tertera dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 merupakan bentuk sistem perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak. Pemberlakuan sistem jaminan kesehatan (JKN) dimulai per 1 Januari 2014 termasuk pelaksanaannya berlaku di Kota Bandung. Target kepesertaan JKN ialah memberikan jaminan kesehatan kepada semua warga Indonesia di tahun 2019. Hal ini juga berarti cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan 100,00 % di Kota Bandung di tahun 2019. Cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan Kota Bandung tahun 2016 adalah sebanyak 1.905.537 peserta atau sekitar 76.51 %. Selain itu jenis jaminan pemeliharaan kesehatan prabayar termasuk

⁸⁰*Ibid.*, hlm. 84

asuransi swasta dan asuransi perusahaandidalamnya. 76,51% (1.905.537) penduduk Kota Bandung telah menjadi peserta JKN, sedangkan 584.942 jiwa 23,49% lagi belum menjadi peserta JKN.⁸¹Namun, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Bandung, sampai dengan bulan Agustus tahun 2018, tercatat jumlah peserta JKN di Kota Bandung sebanyak 2.372.187 jiwa dari jumlah penduduk sebanyak 2.503.708 jiwa.⁸²

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin

Kondisi masyarakat miskin dapat dilihat dari besarnya jumlah peserta penerima bantuan iuran (PBI) di suatu wilayah. Jumlah masyarakat PBI bersumber APBN dan APBD tahun 2016 di Kota Bandung sebanyak 640.957 peserta menurun dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 661.607 peserta.⁸³

3. Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap di Sarana Pelayanan Kesehatan

Pada tahun 2016 kunjungan rawat jalan ke 75 Puskesmas yang ada di Kota Bandung sebanyak 1.815.540 kunjungan, dengan tingkat rata-rata utilisasi Puskesmas 83 kunjungan per-hari. Kunjungan rawat inap tahun 2016 di 6 Puskesmas perawatan dengan tempat tidur (DTP) yang ada di Kota Bandung sebanyak 2.044 kunjungan dengan tingkat rata-rata utilisasi Puskesmas satu kunjungan per-hari.⁸⁴

23. Manajemen, Regulasi, dan Sistem Informasi Kesehatan

Sistem informasi yang ada di Kota Bandung sendiri cukup terfragmentasi baik di lingkungan dinas kesehatan dan sistem informasi yang ada di fasilitas kesehatan umum dan swasta. Hal ini mengakibatkan sulitnya data yang ada di masing-masing sistem informasi untuk diintegrasikan di level dinas kesehatan apabila data tersebut dikirim dan dilaporkan. Penetrasi dalam jumlah sistem informasi yang digunakan pun masih kurang, hal ini bisa berakibat buruk karena pencatatan masih di dalam bentuk kertas dan harus dilakukan perekapan manual apabila data tersebut akan dikirim dan dilaporkan ke puskesmas atau dinas kesehatan. Tapi hal ini juga bisa baik karena mengurangi jenis varian dari sistem informasi yang beredar di fasilitas kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan Kota Bandung. Kedepannya perlu didorong bagi fasilitas kesehatan yang belum

⁸¹ *Ibid.*, hlm. 59. Lihat Grafik IV.18 Komposisi (Dalam Jumlah dan Persentase) Jenis Kepesertaan JKN di Kota Bandung Tahun 2016, hlm. 60., dan Grafik IV.19. Komposisi (Dalam Jumlah dan Persetanse) Kepesertaan JKN di Kota Bandung Tahun 2016, hlm. 61.

⁸²Data dari Dinas Kesehatan Kota Bandung.

⁸³*Op.cit.*, hlm. 62. Lihat juga Grafik IV.20. Jumlah Peserta PBI-APBN dan PBI-APBD di Kota Bandung Tahun 2012-2016.

⁸⁴*Ibid.*, hlm. 63.

mempunyai sistem informasi berbasis digital untuk mengadopsi sistem tersebut.

Pada level Dinas Kesehatan Kota Bandung hal yang perlu dilakukan adalah membuat suatu regulasi mengenai kamus data, sehingga kedepannya sistem informasi yang ada di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Bandung mempunyai definisi variabel yang sama, sehingga proses integrasi di dalam pelaporan data dari sistem digital menjadi lebih mudah dilakukan.

Kamus data yang digunakan ini harus kompatibel dengan data yang disimpan oleh BPJS dan Kementerian Kesehatan. Sistem informasi tersebut juga harus bisa melakukan akses dan integrasi dari data yang sudah ada di BPJS dan Kementerian Kesehatan serta Kementerian yang terkait, sehingga tidak adanya *double data entry* terhadap suatu data yang sama. Hal tersebut menjamin validasi dari data yang ada di Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Saat ini di Dinas Kesehatan sedang diterapkan digitalisasi dari puskesmas yang belum menggunakan simpus, dengan dipasangkan SIKDA Generik⁸⁵ versi Dinas Kesehatan Kota Bandung di puskesmas tersebut. Hambatan saat ini adalah masih kurangnya tenaga ahli untuk mengatasi apabila ada masalah secara teknis dari jaringan internet dan perangkat lunak sikda generik itu sendiri. Masalah lainnya adalah kesulitan di dalam modifikasi sikda generik ini untuk memenuhi kebutuhan puskesmas itu sendiri dan kebutuhan Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Permasalahan sistem kesehatan yang dapat diidentifikasi adalah:

1. Belum tersedianya sistem administrasi kesehatan berbasis elektronik untuk layanan primer dan sekunder;
2. Belum adanya sistem surveilans dan respon aktif berbasis elektronik di Dinas Kesehatan Kota Bandung;
3. Belum adanya sistem informasi terpadu yang dapat diakses oleh badan pembiayaan kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan dan dinas kesehatan;
4. Belum adanya pendataan sistem informasi berbasis elektronik pada fasilitas pelayanan kesehatan swasta;
5. Belum semua fasilitas pelayanan kesehatan menyediakan sarana kemudahan bagi penyandang disabilitas;

⁸⁵ Kementerian Kesehatan, "SIKDA GENERIK", www.depkes.go.id/article/view/13010200022/sikda-generik.html, diakses 19 September 2018. Aplikasi SIKDA Generik adalah aplikasi sistem informasi kesehatan yang mengintegrasikan sistem-sistem informasi di puskesmas, rumah sakit, dan sarana kesehatan lainnya, baik itu pemerintah maupun swasta. Aplikasi SIKDA Generik dikembangkan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan ketersediaan dan kualitas data dan informasi manajemen kesehatan melalui pemanfaatan teknologi informasi komunikasi. Aplikasi SIKDA GENERIK merupakan penerapan standarisasi Sistem Informasi Kesehatan, sehingga diharapkan dapat tersedia data dan informasi kesehatan yang cepat, tepat dan akurat dengan mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi dalam pengambilan keputusan/kebijakan dalam bidang kesehatan.

6. Belum adanya pemetaan secara geografis sarana prasarana kesehatan di Kota Bandung;
7. Belum adanya sistem Data *Warehouse*⁸⁶ untuk keperluan penyimpanan.

Regulasi Kesehatan yang mendasari tata kelola pada pelayanan kesehatan adalah registrasi, akreditasi dan sertifikasi. Sejalan dengan pertumbuhan penduduk dan bertambahnya jumlah fasilitas pelayanan kesehatan baik primer, sekunder maupun tersier maka implementasi registrasi sarana pelayanan kesehatan primer khususnya milik pemerintah yang belum berjalan secara bertahap harus mulai diterapkan. Akreditasi puskesmas yang mulai diterapkan pada tahun 2015 selanjutnya tidak hanya diterapkan pada puskesmas saja tetapi juga diterapkan pada fasilitas pelayanan kesehatan primer swasta.

Pertambahan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder maupun tersier di Kota Bandung seiring dengan pertumbuhan jumlah penduduk haruslah diiringi dengan pertumbuhan sumber daya manusia bidang kesehatan, yang harus memiliki sertifikasi sebagai bukti legalitas mereka dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat.

Pertambahan sarana kesehatan dan sumber daya manusia bidang kesehatan yang harus diregistrasi, diakreditasi dan dinilai sertifikasinya oleh Dinas Kesehatan Kota Bandung menyebabkan Dinas Kesehatan harus mempertimbangkan beban kerja SDM di Dinas Kesehatan. Pertambahan SDM merupakan hal perlu dipikirkan sejalan dengan pertumbuhan berbagai program kesehatan baik di tingkat upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat.

D. KAJIAN TERHADAP IMPLIKASI PENERAPAN DENGAN SISTEM BARU DAN DAMPAKNYA TERHADAP BEBAN TERHADAP KEUANGAN NEGARA

Sistem kesehatan mencakup keseluruhan organisasi, orang, dan berbagai kegiatan yang mempunyai tujuan utama :

- a. Mempromosikan kesehatan
- b. Merawat kesehatan.

Mempromosikan kesehatan itu maksudnya adalah bagaimana menyampaikan kepada masyarakat tanpa kecuali

⁸⁶Data *warehouse* adalah sebuah *database* yang mengandung data yang biasanya mewakili sejarah bisnis dari suatu organisasi. Data historis dari data *warehouse* digunakan di dalam aktivitas analisis yang mendukung keputusan bisnis dalam beberapa tingkat. Data *warehouse* bicara mengenai bagaimana data-data yang besar dan beragam disimpan dalam satu *repository* (Gudang data) dan disusun sedemikian rupa sehingga memudahkan pencarian. Data di dalam data *warehouse* diorganisir untuk mendukung Analisa, bukan transaksi pemrosesan dalam waktu nyata, seperti sistem *online transaction processing* (OLTP). Lihat Dwi Purwanto, "Apa itu OLTP, ETL, OLAP dan Data Warehouse?", <https://www.kompasiana.com/dhepe/552e1db26ea834f73d8b45b7/apa-itu-oltp-etl-olap-dan-%20data-warehouse>, diakses 19 September 2018.

tentang arti pentingnya kesehatan itu. Dalam menjaga kesehatan itu kita perlu merawat kesehatan dengan mencegah dan mengobatinya. Sehingga, mempromosikan dan merawat kesehatan merupakan dua hal yang saling bertautan dan tidak bisa dipisahkan.

Jika dilakukan pengkajian, keberadaan sistem kesehatan sangatlah kompleks. Dimana, interaksi antar komponen sistem (sub sistem) dapat bersifat *predictable* dan *unpredictable*. Interaksi antara sub sistem kesehatan sangat kompleks yang dipengaruhi oleh latar belakang dan jaringan sosial. Oleh karena itu, sangat diperlukan pendekatan yang komprehensif untuk mencermati interaksi dinamis tersebut.

Pemberian pelayanan merupakan karakteristik dari pelayanan yang diberikan kepada pengguna pelayanan kesehatan. Untuk memberikan pelayanan yang baik, ekspektasi dan kebutuhan *customer* yang bersifat relatif merupakan komponen penting yang harus diperhatikan. Dalam strategi pelayanan secara umum ada tiga aspek yang diperhatikan yaitu :

- a. Konsep pelayanan (*service concept*), yang ini berkaitan dengan paket pelayanan yang akan diberikan.
- b. Desain sistem pemberian pelayanan, hal ini berkaitan dengan bagaimana men-*delivery* konsep layanan yang ada;
- c. Target pasar, pasien, atau konsumen, siapa yang menjadi pelanggan.

Dalam konteks desain sistem pemberian layanan mencakup aspek struktur berkaitan dengan aspek fisik, peralatan dan fasilitas, infrastruktur merupakan peran dari masing-masing *provider* yang mencakup *job design*, kebijakan, serta *skill* yang dibutuhkan, dan integrasi dengan bagaimana koordinasi antara struktur dan infrastruktur untuk menjembatani rantai *supply* pelayanan dan mekanisme adaptasi. Sistem pemberian pelayanan meliputi empat hal penting yang harus diperhatikan yaitu :

- a. Budaya layanan berkaitan dengan kebiasaan, visi misi, dan nilai dalam suatu organisasi.
- b. Keterlibatan karyawan berkaitan dengan sikap dan perilaku karyawan.
- c. Kualitas layanan mencakup strategi dan proses.
- d. Sistem manajemen kinerja dan pengalaman *customer* berkaitan dengan persepsi dan faktor konsumen mempengaruhi terhadap pemilihan layanan.

Berdasarkan apa yang dikemukakan di atas, penguatan sistem kesehatan itu perlu dilakukan dengan menggunakan pendekatan komprehensif dalam membentuk dan

mengoptimalkan *outcome* yang dilakukan melalui pengembangan fondasi sistem yang solid, penguatan kapasitas sistem (sumber daya), dan mengupayakan hasil yang baik menggunakan beberapa strategi. Lingkungan politik (*leadership*) merupakan pendukung utama penguatan sistem. Pemimpin yang efektif mencakup komitmen politik untuk advokasi dan kesadaran para pengambil kebijakan. Penguatan sistem terbagi menjadi tiga komponen utama yaitu: dasar yang meliputi pengembangan kebijakan, *setting* prioritas, dan manajemen. Sumber daya mencakup kapasitas dan infrastruktur, strategi pendanaan, dan mekanisme koordinasi. Optimalisasi berperan dalam pengupayaan memaksimalkan komponen sistem.

Untuk mencapai sistem kesehatan yang baik, penguatan sistem merupakan strategi yang digunakan untuk mengakomodasikan aspek *supply*, *demand*, kualitas, dan lingkungan yang mendukung untuk tercapainya status kesehatan yang baik. Dalam penguatan sistem diperlukan perhatian yang lebih serius pada level fasilitasi dan translasi kebijakan dan strategi yaitu aspek akses, *affordable*, dan kualitas pelayanan. Prioritas tersebut didasari pada konteks kondisi lokal berdasarkan harapan dan situasi nyata yang diperoleh oleh pemerintah dan *stakeholder*. Namun, tantangan terbesar dalam penguatan sistem kesehatan adalah kondisi aspek kesehatan yang cukup kompleks sehingga tidak ada *setting* atau paket sistem tunggal yang praktis untuk bisa meningkatkan status kesehatan. Kondisi ini merupakan tantangan sehingga fungsi dari berbagai elemen sistem sangat diperlukan.

Masyarakat Internasional melalui *World Health Organization* (WHO) mengembangkan kerangka kerja yang dikenal dengan *six building blocks* yang mencakup:

1. *Service delivery*, berkaitan dengan paket layanan, model layanan, infrastruktur, manajemen, keselamatan dan kualitas, serta kebutuhan akan pelayanan.
2. *Health workforce*, berkaitan dengan kebijakan tenaga kerja nasional, advokasi, norma, standar, dan data.
3. *Information*, berkaitan dengan fasilitas dan informasi yang berbasis masyarakat, surveillans, dan peralatan.
4. Produk medis, vaksin, dan teknologi mencakup standarm kebijakan, akses yang merata, dan kualitas.
5. *Financing* berkaitan dengan kebijakan pembiayaan kesehatan nasional, pengeluaran, dan tarif.

6. *Leadership* dan *governance* mencakup kebijakan sektor kesehatan dan regulasi.⁸⁷

Untuk menguatkan sistem kesehatan digunakan pendekatan daya guna yang mencakup penetapan status kesehatan yang diinginkan sebagai *starting point* untuk identifikasi hambatan dan permasalahan sistem kesehatan. Kedua, mengatasi permasalahan sistem kesehatan sebagai sebuah langkah yang spesifik untuk mencapai *outcome* melalui upaya yang berdampak pada semua aspek. Ketiga, mengatasi isu kapasitas dan kebijakan sistem kesehatan. Keempat, mendorong pengembangan strategi dan rencana sistem kesehatan nasional dan mengurangi investasi yang tidak diperlukan. Kelima, meningkatkan pengawasan dan evaluasi. Pengutan sistem dilakukan dengan penekanan pada dua level dalam sistem itu sendiri yakni tingkat sistem yang mencakup kebijakan, regulasi, alokasi sumberdaya, serta penguatan pada tingkat proses pelayanan.

Dalam konsep kesehatan, pelayanan kesehatan merupakan *service* yang diberikan berdasarkan pada diagnosis dan *treatment* terhadap suatu penyakit atau promosi, yang bertujuan untuk memelihara kesehatan. Aspek ini sangat membutuhkan input berupa pendanaan, tenaga, peralatan, obat-obatan yang berkaitan dengan intervensi kesehatan. Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat yang dilakukan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sistem kesehatan nasional mengembangkan subsistem upaya kesehatan dalam penyelenggaraannya meliputi upaya kesehatan yang mencakup kesehatan fisik, mental, intelegensia, dan sosial. Upaya kesehatan dilakukan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna, melalui :

1. Upaya Kesehatan Tingkat Pertama

Upaya kesehatan tingkat pertama terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama.

a. Pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama.

Pelayanan ini merupakan pelayanan yang memberikan penekanan pada pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan termasuk gaya hidup sehat. Pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama dapat diselenggarakan

⁸⁷World Health Organization, *Monitoring The Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies* (Geneve, Switzerland: WHO Document Production Services, 2010), p. vii.

- dalam bentuk pelayanan bergerak (*ambulatory*) ataupun menetap.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama.
Pelayanan ini menekankan pada pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama didukung dengan kegiatan surveilans, pencatatan, dan pelaporan yang diselenggarakan oleh institusi kesehatan berwenang.

2. Upaya Kesehatan Tingkat Kedua

Upaya kesehatan tingkat kedua merupakan upaya kesehatan rujukan lanjutan yang terdiri atas pelayanan kesehatan perorangan tingkat kedua dan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat kedua.

- a. Pelayanan kesehatan perorangan tingkat kedua.
Merupakan pelayanan kesehatan spesialis yang dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang telah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai ijin praktik yang didukung oleh tenaga kesehatan lainnya melalui penerimaan rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama dan merujuk kembali ke fasilitas kesehatan yang merujuk.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat tingkat kedua.
Merupakan pelayanan yang dilakukan melalui menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi dan sumber daya masyarakat kesehatan, serta didukung oleh pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

3. Upaya Kesehatan Tingkat Ketiga

Upaya kesehatan tingkat ketiga terdiri dari :

- a. Pelayanan kesehatan perorangan tingkat ketiga.
Merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang menerima rujukan sub-spesialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali ke fasilitas kesehatan yang dirujuk.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat tingkat ketiga.
Merupakan pelayanan kesehatan masyarakat tingkat ketiga yang menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya kesehatan masyarakat dan rujukan operasional, serta melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan

masyarakat, penapisan teknologi, dan produk teknologi yang terkait.

Agar upaya kesehatan tingkat pertama, tingkat kedua dan tingkat ketiga terlaksana dengan baik, diperlukan prasarana kesehatan yang memadai sertasumberdaya tenaga kesehatan yang mumpuni. Berdasarkan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan syarat kesehatan terdiri dari:

- a. Tempat praktik mandiri Tenaga Kesehatan;
- b. Pusat kesehatan masyarakat;
- c. Klinik;
- d. Rumah sakit;
- e. Apotek;
- f. Unit transfusi darah;
- g. Laboratorium kesehatan;
- h. Optikal;
- i. Fasilitas pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum; dan
- j. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tradisional.

Dalam pada itu, perlu dilakukan pembinaan upaya kesehatan dalam menjamin mutu pelayanan kesehatan dengan didukung standar pelayanan. Standar pelayanan kesehatan ini harus selalu dikaji dalam periode tertentu sesuai kemajuan ilmu pengetahuan dan ilmu teknologi serta kebutuhan. Pengawasan upaya kesehatan merupakan kegiatan yang ditunjukkan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan dan dilakukan secara intensif baik internal maupun eksternal serta dapat melibatkan masyarakat dan swasta.

Terhadap beban yang ditimbulkan untuk penerapan peraturan yang baru terhadap APBD Kota Bandung, dikaitkan dengan manfaatnya bahwa pentingnya pengaturan terkait dengan peraturan pelaksanaannya sebagai payung hukum dan pedoman bagi para pemangku kepentingan. Dengan perkataan lain, biaya lebih kecil dari manfaatnya.

E. KAJIAN PENERAPAN SANKSI DALAM PERATURAN DAERAH

Peraturan daerah merupakan kewenangan Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. Peraturan daerah tersebut 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 yang disertai dengan berbagai sanksi yang mengikat guna tercapainya tertib hukum.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, sanksi yang dimuat dalam peraturan daerah dapat berupa:

1. Sanksi yang bersifat mengembalikan pada keadaan semula.
2. Sanksi administratif dapat berupa:
 - a. Teguran tertulis;
 - b. Penyegehan;
 - c. Penghentian sementara kegiatan;
 - d. Penghentian tetap kegiatan;
 - e. Tidak mendapat pelayanan publik tertentu;
 - f. Pencabutan sementara izin;
 - g. Pencabutan tetap izin;
 - h. Denda administratif;
 - i. Sanksi administratif lain sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
3. Sanksi pidana dalam peraturan daerah dapat diancam pidana kurungan paling lama 6 (enam) bulan dan/atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah). Sanksi pidana ini hanya dapat dikenakan apabila sanksi administratif yang telah dijatuhkan tidak dipatuhi dalam jangka waktu 3 bulan atau pelanggaran dilakukan lebih dari satu kali.

BAB III

EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

Evaluasi dan analisis peraturan perundang-undangan dalam Naskah Akademik ini adalah dasar yuridis yang menjadi pertimbangan dalam kerangka aspek sistem kesehatan di Kota Bandung. Evaluasi dan analisis dilakukan terhadap peraturan perundang-undangan sebagai berikut:

I. EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN TERKAIT PEMERINTAHAN DAN OTONOMI DAERAH

NO	Peraturan Perundang-undangan	Isi	Keterangan
1.	UD 1945	Pasal 18 ayat (6) Pemerintah daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembangunan.	Kesehatan merupakan urusan Pemerintahan yang di-desentralisasikan dan Peraturan daerah merupakan produk hukum yang dapat dibentuk pemerintah daerah sebagai pemecahan masalah sistem kesehatan Kota Bandung.
2.	Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah	Pasal 12 ayat (10) UU 23/2014 (1) Urusan pemerintah wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar sebagaimana dimaksud dalam pasal 11 ayat (2) meliputi: a. Pendidikan; b. Kesehatan; c. Pekerjaan umum dan penataan ruang; d. Perumahan rakyat dan kawasan pemukiman;	Kesehatan merupakan urusan pemerintahan yang didelegasikan kepada daerah

		<p>e. Ketentraman, ketertiban umum, dan perlindungan masyarakat; dan</p> <p>f. Sosial</p>	
3.	Undang-undang RI Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan	<p>Pasal 14</p> <p>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.</p>	Penetapan Peraturan Daerah tentang Sistem kesehatan Kota Bandung adalah bagian dari penyelenggaraan otonomi daerah.
4.	Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	Pemerintahan daerah menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya, kecuali urusan pemerintahan yang menjadi urusan Pemerintah. Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah tersebut, pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan. Namun, dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, pembagian urusan antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota saat ini merujuk kepada Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.	

II. EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN TERKAIT SISTEM KESEHATAN NASIONAL DAN SISTEM KESEHATAN KOTA BANDUNG

NO	Peraturan Perundang-undangan	Isi	Keterangan
	UUD 1945	<p>Pasal 28 H ayat (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.</p>	<p>Ketentuan tersebut menjadi dasar bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan.</p>
		<p>Pasal 34 ayat (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.</p>	<p>Ketentuan tersebut menjadi dasar bahwa Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana akan dituangkan dalam Peraturan Daerah Sistem Kesehatan Kota Bandung ini.</p>
		<p>Pasal 34 ayat (3) Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.</p>	<p>Ketentuan tersebut menjadi dasar bahwa penyediaan fasilitas kesehatan menjadi tanggung jawab Negara.</p>

	<p>Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</p>	<p>Pasal 44 (1) Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi. (2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibedakan menurut jenis dan strata sarana pelayanan kesehatan.</p> <p>Pasal 71 Pemerintah Pusat, Konsil Kedokteran Indonesia, pemerintah daerah, organisasi profesi membina serta mengawasi praktik kedokteran sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing.</p>	<p>Ketentuan tersebut menjelaskan bahwa dalam menyelenggarakan praktik kedokteran dokter dan dokter gigi wajib mengikuti standar pelayanan dan akan diatur dalam Peraturan Daerah tentang Sistem kesehatan Kota Bandung ini.</p>
	<p>Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional Tahun</p>	<p>Pasal 19 (2) Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan equitas. (3) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan</p>	<p>Ketentuan ini menjelaskan setiap orang memiliki hak untuk mendapatkan jaminan sosial dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Dalam rangka memberikan jaminan sosial kepada masyarakat secara menyeluruh, Pemerintah mengembangkan sistem</p>

		perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.	jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia
	Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan	<p>Pasal 167</p> <p>(1) Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.</p> <p>(2) Pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah.</p> <p>(3) Pengelolaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam suatu sistem kesehatan nasional.</p> <p>(4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan peraturan presiden.</p>	Ketentuan tersebut menjadi dasar hukum pembentukan Peraturan Daerah Kota Bandung

	<p>Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular</p>	<p>Pasal 6 ayat (1) Upaya penanggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) dilakukan dengan mengikutsertakan masyarakat secara aktif.</p> <p>Pasal 10 Pemerintah bertanggungjawab untuk melaksanakan upaya penanggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1).</p> <p>Pasal 12 ayat (1) Kepada Wilayah/Daerah setempat yang mengetahui adanya tersangka wabah di wilayahnya atau adanya tersangka penderita penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah, wajib segera melakukan tindakan-tindakan penanggulangan seperlunya.</p>	<p>Menjelaskan bahwa daerah bertanggung jawab atas pelaksanaan penanggulangan mengenai penyakit menular.</p>
	<p>Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana</p>	<p>Pasal 18 (1) Pemerintah daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 membentuk badan penanggulangan bencana daerah. (2) Badan penanggulangan bencana daerah sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) terdiri atas:</p>	<p>Diundangkannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana menjadikan secara yuridis Pemerintah maupun Pemerintah daerah memiliki kewajiban untuk bertanggungjawab dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana. Dalam hal ini setiap orang</p>

		<p>b. Badan pada tingkat kabupaten/kota dipimpin oleh seorang pejabat setingkat bupati/walikota atau setingkat eselon IIa.</p> <p>Pasal 21 huruf a Badan penanggulangan bencana daerah mempunyai tugas:</p> <p>a. Menetapkan pedoman dan pengarah sesuai dengan kebijakan pemerintah daerah dan badan nasional penanggulangan bencana terhadap usaha penanggulangan usaha yang mencakup pencegahan bencana, penanggulangan darurat, rehabilitasi dan rekonstruksi secara adil dan setara.</p>	berhak mendapatkan perlindungan sosial dan rasa aman, khususnya bagi kelompok masyarakat yang rentan bencana mendapatkan berbagai macam jaminan sosial yang salah satunya adalah pemeliharaan program penyediaan bantuan pelayanan kesehatan termasuk dukungan psikososial.
	<p>Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit</p>	<p>Pasal 6 (1) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggungjawab untuk:</p> <p>a. Menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat;</p> <p>b. Menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah</p>	Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar

		<p>Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Membina dan mengawasi penyelenggaraan Rumah Sakit; d. Memberikan perlindungan kepada Rumah Sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggungjawab; e. Memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; f. Menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat; g. Menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat; h. Menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah sakit akibat bencana 	<p>terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.</p>
--	--	---	--

		<p>dan kejadian luar biasa;</p> <p>i. Menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan</p> <p>j. Mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.</p> <p>(2) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat 1) dilaksanakan berdasarkan kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
	<p>Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan</p>	<p>Pasal 63</p> <p>(1) Pemerintah menetapkan kebijakan di bidang gizi untuk perbaikan status gizi masyarakat</p> <p>(2) Kebijakan pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui :</p> <p>a. Penetapan persyaratann perbaikan atau pengayaan gizi pangan tertentu yang diedarkan apabila terjadi kekurangan atau penurunan suatu gizi masyarakat;</p>	<p>Pemerintah berkewajiban untuk mengatur keterjangkauan, pemenuhan konsumsi pangan yang cukup, aman, bermutu dan bergizi seimbang</p>

		<ul style="list-style-type: none"> b. Penetapan persyaratan khusus mengenai komposisi pangan untuk meningkatkan kandungan gizi pangan olahan tertentu yang diperdagangkan. c. Pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, dan kelompok rawan gizi lainnya; dan d. Peningkatan konsumsi pangan hasil produksi tenak, ikan, sayuran, buah-buahan dan umbi-umbian lokal. <p>(3) Pemerintah dan pemerintah daerah menyusun rencana aksi Pangan dan gizi setiap 5 (lima) tahun sekali.</p>	
	<p>Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa</p>	<p>Pasal 29 Rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 ayat (1) huruf b dilaksanakan di panti sosial milik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemerintah; b. Pemerintah daerah; c. Swasta 	<p>Negara berkewajiban menjamin setiap orang untuk hidup sejahtera lahir dan batin serta memperoleh pelayanan kesehatan sebagai amanat dari Undang-Undang Dasar negara Republik Indonesia Tahun 1945, termasuk hak hidup sejahtera lahir dan batin juga dimiliki oleh orang dengan gangguan jiwa.</p>

		<p>Pasal 58</p> <p>(1) Fasilitas pekayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 didirikan di setiap Kabupaten/Kota</p> <p>(2) Pemerintah Daerah Provinsi bersama dengan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib mendirikan fasilitas pelayanan di luar sekor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1).</p> <p>(3) Pemerintah dapat membantu Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam mendirikan fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (2).</p>	
--	--	---	--

<p>Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</p>	<p>Pasal 4 Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggungjawab terhadap:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan selaras dengan kebijakan nasional dan provinsi; b. Melaksanakan kebijakan Tenaga Kesehatan; c. Merencanakan kebutahn Tenaga Kesehatan; d. Melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan; e. Melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan; f. Membina mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pelaksanaan kegiatan perizinan Tenaga Kesehatan; dan g. Melaksanakan kerja sama dalam negeri di bidang Tenaga Kesehatan. 	<p>Penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.</p> <p>Tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umur sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan</p>
--	---	--

		<p>Pasal 23</p> <p>(1) Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, pemerintah dan pemerintah daerah wajib melakukan penempatan tenaga Kesehatan setelah melalui proses seleksi.</p> <p>(2) Penempatan Tenaga Kesehatan oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilaksanakan dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil; b. Pengangkatan sebagai pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja; atau c. Penugasan khusus. <p>Pasal 27</p> <p>(1) Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah dapat dipindahtugaskan antarprovinsi, antrakabupaten, atau antarkota karena alasan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau promosi.</p>	<p>Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.</p> <p>Dalam rangka untuk memenuhi hak dan kebutuhan kesehatan setiap individu dan masyarakat, untuk pemerataan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada tenaga kesehatan dan masyarakat penerima upaya pelayanan kesehatan, perlu pengaturan mengenai tenaga kesehatan terkait dengan perencanaan kebutuhan, pengaduan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan melalui pengundangan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Adapaun ketentuan pasal-pasal dalam Undang-Undang Tenaga Kesehatan menjadi acuan bagi pembentukan Peraturan Daerah mengenai Sistem Kesehatan Kota Bandung.</p>
--	--	--	---

<p>Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan</p>	<p>Pasal 3 Pemerintah, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota bertanggungjawab untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menjamin tersedianya lingkungan yang sehat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sesuai dengan kewenangannya. b. Mengatur, membina dan mengawasi penyelenggaraan kesehatan lingkungan. c. Memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan. <p>Pasal 6 Dalam penyelenggaraan kesehatan lingkungan pemerintah daerah kabupaten/kota berwenang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menetapkan kebijakan untuk melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan di lingkungan 	<p>Kesehatan lingkungan merupakan salah satu komponen yang perlu mendapatkan perhatian dalam rangka pengelolaan kesehatan. Karena dengan lingkungan yang sehat dapat mendukung terwujudnya kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pasal-pasal tersebut menjelaskan bahwa daerah bertanggung jawab atas kesehatan lingkungan.</p>
---	---	---

		<p>kabupaten/kota dengan berpedoman pada kebijakan dan strategi nasional dan kebijakan yang ditetapkan pemerintah daerah provinsi.</p> <p>b. Melakukan mitigasi dan adaptasi perubahan iklim terkait kesehatan di kabupaten/kota.</p> <p>c. Melakukan kerjasama dengan lembaga nasional sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>Pasal 29 ayat (1) Pemerintah, pemerintah daerah provinsi atau pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya menggunakan sanksi administratif kepada setiap pengelola, penyelenggara, atau penanggungjawab lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum yang tidak melakukan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (2).</p> <p>Pasal 59 ayat (1) Pemerintah, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah</p>	
--	--	--	--

		kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangannya melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan kesehatan lingkungan, penerapan standar baku mutu kesehatan lingkungan, dan penerapan persyaratan kesehatan.	
	Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian	Pasal 58 Menteri, pemerintah daerah provinsi, pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya serta organisasi profesi membina dan mengawasi pelaksanaan pekerjaan kefarmasian.	Ketentuan ini menjelaskan pemerintah kabupaten/kota memiliki kewenangan membina dan mengawasi pelaksanaan pekerjaan kefarmasian
	Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan	Pasal 26 ayat (1) huruf c Sistem informasi kesehatan wajib dikelola oleh pemerintah daerah kabupten/kota untuk pengelolaan satu sistem informasi kesehatan skala kabupaten/kota. Pasal 36 Sistem informansi kesehatan kabupaten/kota dikelola oleh unit kerja struktural atau fungsional pada satuan kerja perangkat daerah	Sistem informasi merupakan salah satu komponen dalam pengelolaan kesehatan. Karena dengan sistem informasi kesehatan maka dapat menjamin ketersediaan, kualitas dan akses terhadap informasi kesehatan yang bernilai pengetahuan serta dapat dipertanggungjawabkan. Dengan adanya sistem informasi kesehatan memiliki keterkaitan dengan pelaksanaan sistem kesehatan.

		<p>kabupaten/kota yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan</p> <p>Pasal 37</p> <p>Unit kerja struktural atau fungsional sebagaimana dimaksud pada pasal 36 melaksanakan kegiatan pengelola data dan informasi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 27 huruf e pada skala kabupaten/kota, berupa;</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Permintaan data dan informasi kesehatan kepada pihak yang terkait dengan pengelola sistem informasi kesehatan. b. Pengumpulan dan/atau penggabungan data rutin dan nonrutin dari sumber data. c. Pengolahan data kesehatan. d. Penyimpanan, pemeliharaan dan penyediaan cadangan data dan informasi kesehatan. e. Pemberian umpan balik ke sumber data. f. Pelaksanaan analisa data sesuai kebutuhan. g. Penyebaran informasi kesehatan dengan 	
--	--	--	--

		<p>menggunakan media elektronik dan/atau media nonelektronik sesuai kebutuhan.</p> <p>h. Pengiriman data dan informasi kesehatan yang dibutuhkan dalam pengelola sistem informasi kesehatan provinsi dan nasional.</p> <p>i. Pelaksanaan pembinaan fasilitas pengembangan informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.</p> <p>j.</p> <p>Pasal 47 ayat 2 Bupati/walikota dan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan tingkat kedua membangun jaringan sistem informasi kesehatan daerah untuk komunikasi data dan informasi kesehatan skala kabupaten/kota secara elektronik</p> <p>Pasal 48 ayat 3 Jaringan sistem informasi kesehatan daerah dikelola oleh gubernur atau bupati/walikota dan diintegrasikan dengan jaringan sistem informasi kesehatan sistem nasional</p>	
--	--	---	--

		<p>Pasal 71 ayat 1 Pemerintah, pemerintah daerah dan fasilitas pelayanan kesehatan bertanggung jawab terhadap pendanaan penyelenggaraan sistem informasi daerah</p> <p>Pasal 72 ayat 2 Pendanaan penyelenggaraan sistem informasi kesehatan yang dikelola oleh pemerintah daerah, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja daerah dan/atau sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan</p> <p>Pasal 75 Menteri, pimpinan kementerian/lembaga pemerintah terkait, gubernur, bupati/walikota dan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan sistem informasi kesehatan sesuai tugas, fungsi dan kewenangan masing-masing</p>	
--	--	---	--

<p>Peraturan Daerah Kota Nomor 10 Tahun 2009 tentang Kesehatan Bandung</p>	<p>Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung seiring dengan perkembangan perda itu perlu diubah dan disesuaikan. Hal itu misalnya dapat dilihat pada maksud dan tujuan, dimana penekanannya masih terlalu sempit untuk memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan, dan memenuhi hak kesehatan dibandingkan dengan tujuan Sistem Kesehatan yang sekarang berlaku. Hal tersebut sudah kurang relevan lagi untuk dipertahankan. Sebagaimana saat ini bahwa tujuan dari Sistem Kesehatan Nasional⁸⁸ yang terbaru yaitu mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K), memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional. Tentu hal ini tidak sesuai dengan tujuan dan maksud kesehatan sesuai Perda 10 Tahun 2009.</p> <p>Saat ini yang menjadi acuan dalam sistem kesehatan adalah memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan. Pembiayaan kesehatan tidak dipandang lagi sebagai pos anggaran pembiayaan, melainkan investasi kesehatan, juga bermakna perlunya keterlibatan di luar pemerintah untuk berinvestasi dalam sektor kesehatan. Dengan demikian, rumusan maksud dan tujuan dari sistem yang dibangun harus disesuaikan dan diperbaharui. Paling tidak sistem kesehatan harus memiliki tiga tujuan, yaitu meningkatkan derajat kesehatan yang ditunjukkan oleh parameter umur harapan hidup berkualitas (<i>healthy adjusted life expectancy</i>), keadilan kontribusi</p>
---	---

⁸⁸Lihat Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang *Sistem Kesehatan Nasional*, pada lampiran Maksud dan Kegunaan SKN.

	<p>pembiayaan kesehatan (<i>fairness of financial contribution</i>), dan tingkat ketanggapan (<i>responsiveness</i>).⁸⁹Terumuskannya tujuan sistem kesehatan yang baik itu sangat penting, mengingat sistem dan kebijakan kesehatan berperan penting dalam rangka menemukan komposisi struktur sistem kesehatan yang kokoh, untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu, efisien, dan merata.</p> <p>Analisis di atas, sebatas pada norma yang berlaku saja, tidak atau belum menyentuh evaluasi pencapaian tujuan yang dirumuskan. Pencapaian tujuan dari sistem sebenarnya perlu dianalisis, untuk mendapatkan gambaran pencapaian kinerja sistem kesehatan (<i>health system performance</i>) yang bersangkutan. WHO dalam menilai kinerja sistem kesehatan, diantaranya dengan menilai pencapaian tujuan (<i>goals</i>), masukan, dan mengukur tingkat efisiensi sistem kesehatan yang bersangkutan. Hal demikian diperlukan mengingat, sebagian orang mengidentifikasi tujuan normatif sistem kesehatan sebagai efektifitas, efisiensi, mutu, ekuiti, dan kesinambungan dalam pelayanan kesehatan, jadi tidak berlebihan apabila perubahan sistem kesehatan juga dilihat dari tujuan normatif seperti di atas.</p> <p>Dengan demikian, SKKB tidak sesuai dengan yang diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Dalam SKKB, yang seharusnya tidak merupakan subsistem dijadikan subsistem, yaitu penanganan gawat darurat, bencana dan kejadian luar biasa (KLB). Begitu pula dengan pelayanan kesehatan, yang sebenarnya bukan merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan, melainkan bagian dari subsistem upaya kesehatan. Jadi SKKB tidak mengikuti skema dan rincian dari sistem kesehatan yang berlaku, baik yang diatur dalam Undang-Undang Kesehatan, maupun pengaturan Sistem Kesehatan yang terdahulu.</p>
--	---

⁸⁹Siswanto, "Peran Riset di Bidang Sistem dan Kebijakan Kesehatan dalam Pembangunan Kesehatan," *Majalah Kedokteran Indonesia* Vol. 57 No. 3 (Maret 2007), hlm. 69.

	<p>Prinsip sistem kesehatan sebagaimana disebut dalam Pasal 5 juga sudah tidak tepat lagi untuk dianut karena tidak sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, bahwa:</p> <p><i>“Pembangunan kesehatan, diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama.”</i></p> <p>Dengan demikian, Bab V Pasal 5 Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung, harus diubah dan disesuaikan dengan ketentuan yang terbaru.</p> <p>Begitu pula dengan pengaturan hak dan kewajiban sebagaimana diatur pada Pasal 6 sampai dengan Pasal 12 Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung juga perlu penyesuaian dengan ketentuan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam SKKB penamaan subsistem upaya kesehatan dengan menggunakan istilah pelayanan kesehatan sebagaimana tercantum pada Bab VIII mulai Pasal 13 sampai dengan 29. Penggunaan istilah seperti ini harus disesuaikan dengan penamaan subsistem yang digunakan pada Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, yaitu upaya kesehatan. Adapun pengertian dari upaya kesehatan, dapat merujuk kepada Pasal 1 angka 11 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu:</p> <p><i>“Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.”</i></p> <p>Apabila mengacu kepada pengertian upaya kesehatan seperti di atas,</p>
--	---

	<p>sesuai dengan Pasal 47 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, maka upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut dilaksanakan melalui kegiatan;⁹⁰</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kesehatan; 2. Pelayanan kesehatan tradisional; 3. Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit; 4. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan; 5. Kesehatan reproduksi; 6. Keluarga berencana; 7. Kesehatan sekolah; 8. Kesehatan olahraga; 9. Pelayanan kesehatan pada bencana; 10. Pelayanan darah; 11. Kesehatan gigi dan mulut; 12. Penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran; 13. Kesehatan matra 14. Pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan; 15. Pengamanan makanan dan minuman; 16. Pengamanan zat adiktif; dan/atau 17. Bedah mayat. <p>Memperhatikan cakupan penyelenggaraan kesehatan seperti di atas, itulah yang dijadikan rincian dalam Sistem Kesehatan Kota Bandung meskipun</p>
--	---

⁹⁰Lihat Pasal 48 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang *Kesehatan*.

	<p>sebenarnya pula tidak secara seluruhnya diikuti. Ada beberapa yang sama seperti diantaranya; pelayanan kesehatan; ⁹¹ pelayanan kesehatan tradisional; peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit; penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan; pelayanan darah. Sistem Kesehatan Kota Bandung, tampaknya berpijak pengaturannya kepada indikator yang digunakan untuk pemantauan dan evaluasi atas pencapaian pembangunan kesehatan adalah indikator derajat kesehatan, indikator perilaku sehat, indikator lingkungan sehat dan indikator pelayanan kesehatan.</p> <p>Sementara itu, pelayanan kesehatan perlu disesuaikan dengan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, dimana bahwa upaya pencegahan masuk di dalam ranah program UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) yang menjadi tanggung jawab pemerintah melalui program-program Kemenkes dan Dinkes), sehingga Puskesmas meskipun lebih mengutamakan preventif dan promotif tetap melakukan perlu pelayanan kuratif yang berhubungan erat dengan program di UKM seperti penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian balita (AKB), dan lainnya yang membutuhkan dukungan kebijakan pemerintah daerah untuk mencapai target capaian indikator kesehatan.</p> <p>Begitu juga dengan pelayanan kesehatan rujukan perlu penyesuaian dengan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, khususnya Pasa 32 g yang memberi hak untuk memilih dokter (kelas selisihnya), serta Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, khususnya Pasal 51 b, Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban: merujuk pasien ke dokter atau ke dokter gigi lain yang</p>
--	---

⁹¹Pasal 13 sampai dengan Pasal 29 Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang *Sistem Kesehatan Kota Bandung*, menguraikan secara meyeluruh mengenai pelayanan kesehatan, yang terdiri dari beberapa bagian, diantaranya pelayanan kesehatan tradisional (Pasal 28); peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit (Pasal 19 dan Pasal 20); penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, pelayanan darah (Pasal 18).

	<p>mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan. Hal ini berarti pasien dapat memilih pelayanan kesehatan di faskes pertama maupun memilih dokter di faskes rujukan sesuai keinginan.</p> <p>Begitu juga dengan terbitnya UU. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, diperlukan penyesuaian dalam mengelola sistem kesehatan. Begitu juga dengan regulasi tenaga kesehatan perlu disesuaikan dengan ketentuan baru yang dimuat diantaranya pada:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; b. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; c. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa; d. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (khususnya Pasal 219 ayat (1)); e. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; f. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Tenaga Keperawatan. <p>Salah satu komponen sumber daya yang diperlukan dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan adalah pembiayaan kesehatan (<i>collecting, pooling and purchasing</i>). Tentu hal itu harus disesuaikan dengan ketentuan pentahapan kepesertaan jaminan kesehatan sebagaimana diatur oleh Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Pasal 6 ayat (3) dimulai dari Tahun 2014, dan akan secara menyeluruh pada Tahun 2019 (<i>universal coverage</i> atau semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam JKN). Dengan adanya JKN, harapannya masyarakat Indonesia memiliki kekuatan pembiayaan sehingga dapat mengurangi pengeluaran kesehatan yang semakin tahun semakin meningkat terutama <i>Out of Pocket</i> (pengeluaran kesehatan dari kantong sendiri). Oleh karena itu, maka pada kurun waktu 2014-2018, secara bertahap dengan bantuan Kemendagri akan terus dilakukan pengalihan dan integrasi kepesertaan Jamkesda dan Asuransi Kesehatan Komersial, serta peserta pada usaha besar,</p>
--	---

		<p>sedang, kecil dan mikro (Sehat Negeriku, 2014). Oleh karena itu, perlu penyesuaian dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, dan Undang-Undang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Begitu juga dengan anggaran harus disesuaikan dengan Pasal 170 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Ketentuan tersebut menyebutkan pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan. Dimana diamanatkan pula besar alokasi anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota minimal 10% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.</p> <p>Di samping hal-hal sebagaimana disebut di atas, tentu banyak hal dari Perda No. 10 Tahun 2009 ini yang memerlukan penyesuaian dengan perkembangan, sehingga diperlukan sistem kesehatan Kota Bandung yang baru.</p>	
	<p>Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 03 Tahun 2014 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2013-2018</p>	<p>Pasal 1 angka 7 Pembangunan daerah adalah pemamfaatan sumber daya yang dimiliki untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat yang nyata, baaik dalam aspek pendapatan, kesempatan kerja, lapangan berusaha, akses terhadap pengambilan kebijakan, berdaya saing, maupun peningkatan indeks pembangunan manusia.</p>	<p>Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) merupakan dokumen perencanaan yang memuat visi, misi dan arah pembangunan daerah jangka menengah yang merupakan satu kesatuan dalam system perencanaan pembangunan nasional yang mempunyai karakteristik tersendiri. Pasal-pasal dalam Perda tersebut yang memiliki keterkaitan dengan system kesehatan daerah Kota Bandung.</p>

		<p>Pasal 2</p> <p>(1) RPJMD Tahun 2013 -2018 adalah rencana yang menggambarkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. visi dan misi Kepala Daerah terpilih; dan b. tujuan, sasaran, strategi, arah kebijakan pembangunan dan program pembangunan yang akan dilaksanakan oleh SKPD, disertai dengan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif. <p>(2) RPJMD Tahun 2013 – 2018 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi pedoman dalam penyusunan RKPD, Rencana Strategis dan Rencana Kerja SKPD.</p>	
	<p>Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan</p>	<p>Pasal 36</p> <p>Untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu, keamanan, dan kemanfaatan dilakukan pengujian kembali sediaan farmasi dan alat kesehatan yang diedarkan</p>	<p>Ketentuan ini menjelaskan bahwa Pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan merupakan salah satu aspek yang memerlukan perhatian dalam rangka pembangunan kesehatan, khususnya dalam rangka memberikan perlindungan bagi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang tidak tepat serta yang</p>

			tidak memenuhi persyaratan mutu, keamanan dan kemanfaatan. Dalam Peraturan Daerah ini akan mengatur mengenai pengamanan Pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan.
	Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional	Pasal 2 (1) Pengelolaan kesehatan diselenggarakan melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. (2) Pengelolaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. (3) Pengelolaan kesehatan	Peraturan tentang sistem kesehatan merupakan pengaturan tentang pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah maupun masyarakat melalui pengelolaan administrasi kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung

		<p>sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui SKN.</p> <p>(4) Otonomi daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan berdasarkan kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia.</p> <p>(5) Otonomi fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan berdasarkan kemampuan dan ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan.</p> <p>Pasal 4</p> <p>(1) SKN dilaksanakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.</p>	
	<p>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan</p>	<p>Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. SPM juga akan berfungsi sebagai instrument untuk memperkuat pelaksanaan <i>Performance Based Budgeting</i>. UU Nomor 23 Tahun 2014 juga mengamanatkan pada Pemda untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintahan wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM (Pasal 298). SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.</p>	

<p>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi</p>	<p>Pengaturan mengenai akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi bertujuan untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien; Meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi; dan Meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat. <p>Pemerintah Daerah berkewajiban mendukung, memotivasi, mendorong, dan memperlancar proses pelaksanaan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi.</p>
<p>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat</p>	<p>Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan. Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat perlu ditata ulang untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan derajat masyarakat serta menyukseskan program jaminan sosial nasional</p>
<p>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2014 tentang Pembinaan, Pengawasan, dan Perizinan Pekerjaan Tukang Gigi</p>	<p>Berdasarkan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 40/PUU-X/2012, tukang gigi dinyatakan tidak melanggar Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran apabila mendapat izin dari pemerintah. Dalam rangka memberikan perlindungan kepada masyarakat, perlu pembinaan, pengawasan, dan perizinan terhadap pekerjaan tukang gigi.</p>

<p>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu</p>	<p>Peningkatan jumlah korban/pasien yang meninggal dan mengalami kecacaran pada kejadian gawat darurat merupakan dampak dari penanganan korban/pasien gawat darurat yang kurang optimal. Maka untuk mewujudkan peningkatan mutu pelayanan dalam penanganan korban/pasien gawat darurat diperlukan suatu sistem penanganan korban/pasien yang dilakukan secara terpadu dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai pihak.</p>
<p>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan</p>	<p>Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan sangat penting. Hal ini dapat dijelaskan bahwa disamping ketentuan ini tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dari hasil kajian ternyata 70% sumber daya pembangunan nasional berasal kontribusi/partisipasi masyarakat; 2. Pemberdayaan masyarakat/partisipasi masyarakat berasaskan gotong royong, merupakan budaya masyarakat Indonesia yang perlu dilestarikan; 3. Perilaku masyarakat merupakan faktor penyebab utama terjadinya permasalahan kesehatan, oleh sebab itu masyarakat sendirilah yang dapat menyelesaikan masalah tersebut dengan pendampingan/bimbingan pemerintah; 4. Pemerintah mempunyai keterbatasan sumber daya dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang semakin kompleks di masyarakat, sedangkan masyarakat mempunyai potensi yang cukup besar untuk dapat dimobilisasi dalam upaya pencegahan di wilayahnya; 5. Potensi yang dimiliki masyarakat diantaranya meliputi <i>community leadership, community organization, community financing, community material, community knowledge, community technology, community decision making process</i>, dalam upaya peningkatan kesehatan, potensi tersebut perlu dioptimalkan; 6. Upaya pencegahan lebih efektif dan efisien dibanding upaya pengobatan, dan

		masyarakat juga mempunyai kemampuan untuk melakukan upaya pencegahan apabila dilakukan upaya pemberdayaan masyarakat terutama untuk ber-perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan	Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik vertikal maupun horizontal. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta Jaminan Kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan.
	Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotive, preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik, diperlukan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat dalam rangka peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyelenggarakan pelayanan berupa pelayanan kesehatan perorangan; dan/atau pelayanan kesehatan masyarakat

Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional	<p>Pelayanan Kesehatan Tradisional sebagai bagian dari upaya kesehatan yang menurut sejarah budaya dan kenyataan hingga saat ini banyak dijumpai di Indonesia bersama pelayanan kesehatan konvensional diarahkan untuk menciptakan masyarakat yang sehat, mandiri, dan berkeadilan. Riset Kesehatan Dasar 2010 menyebutkan bahwa 59,12% (lima puluh sembilan koma dua belas persen) penduduk semua kelompok umur, laki-laki dan perempuan, baik di pedesaan maupun di perkotaan menggunakan jamu, yang merupakan produk obat tradisional asli Indonesia. Berdasarkan riset tersebut 95,60% (sembilan puluh lima koma enam puluh persen) merasakan manfaat jamu. Dari berbagai kekayaan aneka ragam hayati yang berjumlah sekitar 30.000 (tiga puluh ribu) spesies, terdapat 1.600 (seribu enam ratus) jenis tanaman obat yang berpotensi sebagai produk ramuan kesehatan tradisional atau pada gilirannya sebagai obat modern.</p>
--	--

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

A. Landasan Filosofis

Sesuai dengan tujuan bernegara sebagaimana diamanahkan oleh UUD 1945 yakni negara mempunyai tanggung jawab dalam menciptakan kesejahteraan rakyat. Bertalian dengan itu, sebagai landasan filosofis penyusunan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung adalah paham negara hukum kesejahteraan. Paham negara hukum kesejahteraan sering juga disebut sebagai negara hukum modern dalam arti material. Bagir Manan mengatakan bahwa konsep negara hukum 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”.⁹²

Apabila diamati, konsepsi negara hukum kesejahteraan sesungguhnya merupakan pengembangan dari konsepsi negara hukum materiel. Dalam upaya menciptakan kesejahteraan rakyat muncul konsepsi negara hukum kesejahteraan yang diintrodusir oleh Otto Bar sebagaimana dikutip oleh Amran Muslimin, bahwa :

“Negara hukum modern menjadi Negara yang bersifat Negara Kebudayaan (*Cultuurstaat*) atau Negara Kesejahteraan (*Welvaarstaat*). Negara dianggap sebagai *perusahaan yang mendatangkan manfaat bagi rakyat*, karena menyelenggarakan kepentingan umum dan melalui saluran-saluran hukum (*Wetmatigheid van administratie*). Saluran-saluran hukum ini dibuat oleh Raja bersama-sama dengan rakyat. Jadi rakyat ikut menentukan kepentingan umum, bukan raja sendiri seperti dalam *Polizeistaat*.”⁹³

Berdasarkan pendapat di atas, tampak bahwa negara dipersamakan dengan perusahaan yang mendatangkan manfaat bagi rakyat. Raja dan rakyat secara bersama-sama menentukan kepentingan umum.

Tentang keikutsertaan rakyat turut menentukan kepentingan umum tidak terlepas dari pemikiran Jean Jacques Rousseau yang terkenal dengan teorinya yaitu : Teori kontrak sosial (*contract social*) atau perjanjian masyarakat. J J. Rousseau

⁹² Bagir Manan, *Politik Perundang-Undangan dalam Rangka Mengantisipasi Liberalisme Perekonomian* (Bandar Lampung: FH. UNILA, 1996), hlm. 9.

⁹³ Amrah Muslimin, *Beberapa Asas-Asas dan Pengertian-Pengertian Pokok tentang Administrasi dan Hukum Administrasi* (Bandung: Alumni, 1982), hlm. 87.

berpendapat bahwa kekuasaan tertinggi dalam negara ada pada rakyat. Jadi, yang berdaulat adalah rakyat, sedangkan penguasa-penguasa negara hanya merupakan wakil-wakil rakyat. Perwujudan dari kedaulatan rakyat itu dituangkan atau menjelma di dalam konstitusi.⁹⁴

Teori kontrak sosial dari Rousseau ini selanjutnya oleh beberapa pakar hukum dan politik disebutkan sebagai “*Teori Kedaulatan Rakyat*”. Wirjono Prodjodikoro mengatakan, bahwa :
“Menurut teori kedaulatan rakyat (*volkssoeveriniteit*), segala kekuasaan dalam suatu Negara didasarkan pada kekuasaan rakyat bersama yang terkenal dalam hal ini seorang Perancis bernama Jean Jaques Rousseau, yang menganggap adanya suatu *contract social* yaitu suatu perjanjian antara seluruh rakyat, yang menyetujui pemerintah mempunyai kekuasaan dalam suatu negara.”⁹⁵

Dalam pada itu, I Gde Pantja Astawa mengemukakan, bahwa :
“Berdasarkan teori perjanjian masyarakat yang dikemukakan oleh Rousseau, muncul konsep atau ajaran kedaulatan rakyat. Dalam teori perjanjian masyarakat, rakyatlah yang memiliki kekuasaan tertinggi dalam negara (kedaulatan rakyat). Itu berarti sekelompok orang (pemerintah/penguasa) merupakan mandataris rakyat untuk melaksanakan kedaulatan rakyat tersebut. ... Bahkan pelaksanaan kedaulatan rakyat diwajibkan untuk memperjuangkan dan membela hak-hak dan kepentingan anggota masyarakat serta mengusahakan terciptanya kesejahteraan bagi masyarakat.”⁹⁶

Berdasarkan pendapat di atas, dapat dikemukakan bahwa teori kedaulatan rakyat adalah merupakan dasar lahirnya konsepsi negara kesejahteraan.

Dalam pada itu, Bagir Manan mengatakan bahwa konsepsi negara kesejahteraan lahir sebagai reaksi terhadap gagalnya konsepsi negara hukum klasik dan negara hukum sosialis.⁹⁷ Kedua konsepsi dan tipe negara hukum tersebut memiliki pandangan yang berbeda tentang dasar dan bentuk penguasaan negara atas sumber daya ekonomi. Perbedaan tersebut dilatarbelakangi oleh pengaruh ideologi yang dianutnya. Paham negara hukum liberalis klasik dipengaruhi oleh paham liberalisme, sedangkan paham negara hukum sosialis dipengaruhi oleh paham Marxisme.

⁹⁴Muhamad Yamin, *Proklamasi dan Konstitusi Republik Indonesia* (Djakarta/Amsterdam: Penerbit Djambatan, 1951), hlm. 62-53.

⁹⁵Wirjono Prodjodikoro, *Asas-Asas Hukum Tata Negara dan Rakyat* (Jakarta: tanpa penerbit, 1983), hlm. 6.

⁹⁶I Gde Pantja Astawa, *Hak Angket dalam Sistem Ketatanegaraan Indonesia Menurut Undang-Undang Dasar 1945*, Disertasi pada Program Pascasarjana Universitas Padjajaran, (Bandung: UNPAD, 2000), hlm. 87.

⁹⁷Bagir Manan, *Politik ...op.cit.*, hlm. 9.

Penguasaan negara atas sumber daya alam dan segala isinya, oleh paham tersebut dibatasi. Negara tidak boleh turut campur tangan lebih jauh tentang urusan-urusan ekonomi masyarakat. Hal yang tampak dari paham tersebut adalah, bahwa secara tidak seimbang kemerdekaan dipuja-puja dan kebebasan berkompetisi secara perorangan terutama di lapangan ekonomi yang dianggap paling super sesuai dengan latar belakang ajaran ekonomi. Dalam konteks ini, yang diutamakan adalah terjaminnya hak asasi berupa kemerdekaan, baik dalam bidang politik maupun bidang sosial ekonomi, serta adanya jaminan kebebasan dan kemerdekaan untuk mendapatkan hak milik. Konsekuensi logis dari paham tersebut adalah, negara dapat saja dipandang sebagai subyek hukum yang dapat bertindak dan mempunyai hak milik atas sumber daya alam.

Perkembangan lebih lanjut dari paham tersebut adalah, adanya jaminan pemilikan secara perorangan yang juga dijamin kebebasan dalam penggunaannya. Hal tersebut menyebabkan timbulnya kelompok usaha besar dengan modal yang memadai untuk menguasai ekonomi dan sumber daya alam dengan segala isinya. Keadaan ini menimbulkan ketimpangan antara pemilik modal dengan warga masyarakat yang kekurangan modal atau antara kaum kapitalis dengan para buruh. Dengan demikian, konsepsi negara hukum tersebut semakin memperkuat posisi kaum kapitalis dan melemahkan posisi kaum buruh, yang pada gilirannya akan menimbulkan penderitaan dan kesengsaraan rakyat banyak.

Konsepsi negara hukum sosialis mempunyai paradigma bahwa pada mulanya secara alamiah, manusia menguasai dan memiliki segala potensi sumber daya alam dengan segala isinya. Lambat laun, pemilikan atau penguasaan tersebut menimbulkan perbedaan di antara sesama manusia dalam melakukan usaha, yang pada akhirnya melahirkan kelas-kelas dalam masyarakat. Perbedaan tersebut timbul karena perbedaan kekuatan, seperti kekuatan modal usaha. Kelas-kelas dalam masyarakat tersebut, oleh Karl Marx dan Friedrich Engels disebut golongan *borjuis* dan golongan *proletary*.⁹⁸Sebagai implikasinya, lahirlah suatu kondisi dalam masyarakat, di mana kekayaan menentukan kekuasaan atau kekuasaan oleh kaum borjuis (kapitalis). Walaupun negara dan hukum digunakan sebagai alat legitimasi kekuasaan, tidak berarti bahwa usaha ke arah perjuangan untuk mengakhiri kekuasaan itu berhenti, justru sebaliknya, semakin kuat dalam mempertahankan kekuasaan.

Menurut konsepsi sosialis, terutama aliran sosialis ilmiah yang dipelopori Karl Marx, bahwa kelemahan-kelemahan sosial ekonomi yang timbul dalam sistem kapitalis, berakar pada

⁹⁸Abrar, *Hukum Pertambangan* (Jogjakarta: UII Press, 20020, hlm. 11-14.

dilegalkannya kebebasan berusaha tanpa batas bagi pengusaha perorangan untuk mengejar kepentingan pribadi⁹⁹. Paham Marxisme dengan tesis yang mengatakan bahwa semua sumber daya alam harus dikuasai oleh negara untuk menjamin distribusi, sedangkan antithesisnya adalah pemilikan perorangan atas sumber daya alam dihapuskan atau dilarang, dan sithesisnya adalah sumber daya alam menjadi milik bersama yang secara konkrit dimiliki negara (*etatisme*). Pada negara sosialis yang berpaham Marxisme, pemilikan individual atas sumber daya alam tidak dikenal dan tidak pernah diakui secara hukum.

Teori pemilikan negara atas sumber daya alam yang dikemukakan Karl Marx dan Friedrich Engels, pada kenyataannya bertolak belakang dengan teori-teori ekonomi, khususnya tentang nilai buruh yang di atasnya diletakkan ajaran hukum dan negara. Menurut 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 perorangan.¹⁰⁰ Namun demikian, pemilikan negara yang pada mulanya bertujuan untuk menjamin distribusi hasil produksi sumber daya ekonomi bagi kepentingan rakyat banyak, secara perlahan-lahan dimanfaatkan oleh penguasa negara untuk mempertahankan kekuasaan dan diubah menjadi monopoli negara. Bagi negara tipe ini, hal tersebut dimungkinkan, karena bentuk hukumnya mencerminkan aturan-aturan yang selalu memberi tempat pada negara untuk mempengaruhi kegiatan ekonomi. Akan tetapi, dalam perkembangannya, monopoli negara yang begitu besar terhadap sumber daya ekonomi mengakibatkan ketidakseimbangan dan tidak berkembang, sehingga kebutuhan sosial ekonomi masyarakat menjadi beban dan tanggung jawab negara. Hal itu menimbulkan penderitaan bagi rakyat.

Berbagai kekurangan dan kelebihan tipe-tipe negara sebagaimana disebutkan di atas, telah menimbulkan perhatian dan reaksi dengan mencoba menggantikan sistem tersebut dengan suatu sistem yang baru. Perkembangan selanjutnya, muncul suatu konsepsi yang bersifat pragmatis, yang berusaha mempertahankan kebebasan dalam negara hukum sekaligus membenarkan perlunya campur tangan negara untuk menyelenggarakan kesejahteraan rakyat (*citizenry welfare*) dan kesejahteraan umum (*public welfare*). Konsepsi ini merupakan perpaduan antara beberapa konsepsi, yaitu paham

⁹⁹*Ibid.*

¹⁰⁰*Ibid.*

liberalisme-individualisme dengan konsepsi sosialis-kolektivitas.

Paham di atas, pada akhirnya melahirkan konsepsi tentang *socio capitalis state* atau *new liberalism* yang mengutamakan fungsi *welfare*.¹⁰¹ Dalam konsepsi demikian, menurut Mac Iver, negara tidak dipandang lagi sebagai alat kekuasaan (*instrument of power*) semata, tetapi lebih dari itu, dipandang sebagai alat pelayanan (*an agency of services*).¹⁰² Paham yang pragmatis ini, kemudian melahirkan konsepsi negara kesejahteraan (*welfare state*) atau negara hukum modern atau negara hukum material, yang menurutnya memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Dalam negara hukum kesejahteraan, yang diutamakan adalah terjaminnya hak-hak asasi sosial ekonomi rakyat;
- b. Pertimbangan-pertimbangan efisiensi dan manajemen lebih diutamakan daripada pembagian kekuasaan yang berorientasi politis, sehingga peran eksekutif lebih besar daripada peran legislatif;
- c. Hak milik tidak bersifat mutlak;
- d. Negara tidak hanya menjaga ketertiban dan keamanan, tetapi juga turut serta dalam usaha-usaha sosial dan ekonomi;
- e. Kaidah-kaidah hukum administrasi semakin banyak mengatur sosial-ekonomi dan membebankan kewajiban tertentu kepada warga negara;
- f. Peran hukum publik condong mendesak hukum privat, sebagai konsekuensi semakin luasnya peran negara;
- g. Lebih bersifat negara hukum material yang mengutamakan keadilan sosial yang material pula.¹⁰³

Berdasarkan uraian di atas, tampak bahwa peran negara telah ditempatkan pada posisi yang kuat dan lebih besar dalam menciptakan kesejahteraan umum (*public welfare*) dan keadilan sosial (*social justice*) agar kebahagiaan masyarakat bisa diwujudkan. Konsepsi negara hukum modern ini, selain menghendaki setiap tindakan negara atau pemerintah harus berdasarkan hukum, juga negara disertai peran, tugas, dan tanggung jawab yang lebih luas untuk mensejahterakan dan membahagiakan rakyat.

Apabila uraian di atas diperhatikan, tampak adanya perbedaan tentang dasar lahirnya konsepsi negara hukum kesejahteraan itu. Akan tetapi, apabila dilihat dari hakekatnya, perbedaan itu tidak perlu dipersoalkan, dan yang perlu dilakukan adalah bagaimana mewujudkan konsepsi negara kesejahteraan itu dalam kehidupan bernegara, khususnya di Indonesia. Bagir Manan (1994: 38) kemudian mengatakan,

¹⁰¹*Ibid.*, hlm. 21.

¹⁰²Mac Iver, *The Modern State* (London: Oxford University Press, 1950), hlm. 4.

¹⁰³*Ibid.*

bahwa di dalam konsepsi negara hukum modern memuat tiga hal pokok, yaitu:

- a. *aspek politik*, menghendaki adanya pembatasan kekuasaan Negara.
- b. *konsep hukum*, dan antara lain supremasi hukum, asas legalitas, dan *the rule of law*.
- c. *aspek sosial ekonomi*, adalah keadilan sosial (*social justice*) dan kesejahteraan umum (*public welfare*).

Korelasi dari ketiga aspek tersebut di atas adalah, hak asasi manusia dan kesejahteraan sosial-ekonomi.

Ada hal yang harus diperhatikan, yakni bahwa dalam praktek sehari-hari, keadilan sosial dibatasi hanya pada keadilan ekonomis saja. Pandangan ini tentu kurang tepat, sebab menurut Bagir Manan, bahwa keadilan sosial harus mencakup pula segala segi kehidupan masyarakat, berbangsa, dan bernegara. Artinya, bahwa aspek kehidupan lainnya seperti pembangunan bidang kesehatan, pendidikan, pertahanan dan keamanan, hukum, politik, dan lain sebagainya juga harus menjadi perhatian. Hanya tidak dapat dipungkiri bahwa keadilan ekonomis merupakan hal yang sangat menonjol dalam bentuk kewajiban negara dan pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan umum dan kemakmuran rakyat.¹⁰⁴

W. Friedmann melihat hal tersebut dengan mengemukakan beberapa fungsi negara dalam kaitan dengan aspek-aspek di atas sebagai berikut:

- a. Negara memiliki fungsi sebagai *provider* (penjamin) kesejahteraan bagi seluruh rakyatnya;
- b. Negara memainkan peran dan fungsinya juga sebagai *regulator* (pengatur);
- c. Negara memainkan perannya juga sebagai *entepreneur* (pengusaha) atau menjalankan sektor-sektor tertentu melalui badan usaha milik negara; dan
- d. Negara memainkan perannya juga sebagai pengawas/wasit (*umpire*).¹⁰⁵

Berdasarkan fungsi negara sebagaimana diutarakan di atas dalam kaitannya dengan pembangunan kesehatan di Kota Bandung, hal itu dapat dilakukan dengan membangun sistem kesehatan yang mampu memberikan kesejahteraan dan kebahagiaan kepada masyarakat Kota Bandung. Agar pembangunan sistem kesehatan Kota Bandung itu mempunyai landasan yang kuat, maka perlu diatur dalam satu bentuk Perda. Perda tersebut nanti menjadi kaidah

¹⁰⁴ Bagir Manan, *Peranan Hukum dalam Pergeseran Nilai Sosial Budaya Masyarakat Memasuki Era Reformasi*, Makalah pada FISIP UNPAD, (Bandung: UNPAD, 1999), hlm. 7.

¹⁰⁵ W. Friedmann, *The State and The Rule of Law in A Mixed Economy* (London: Stevens and Sons, 1997), p. 3.

penuntun dalam menata sistem kesehatan tersebut di Kota Bandung.

B. Landasan Sosiologis

Landasan sosiologis berhubungan dengan relevansi sosial suatu peraturan perundang-undangan, seperti adanya kebutuhan sosial yang mendorong dikeluarkannya suatu perundang-undangan. Begitupula dengan pembentukan sistem kesehatan Kota Bandung dilatarbelakangi kebutuhan masyarakat akan pengelolaan kesehatan dalam rangka mewujudkan pembangunan kesehatan yang di arahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Pengembangan Rencana Induk Pembangunan Kesehatan Kota Bandung sebagai formulasi kebijakan multisektor tidak dapat terlepas dari kebijakan nasional dan provinsi. Pengembangan tujuan master plan pembangunan kesehatan ini juga mempertimbangkan apa yang menjadi tujuan pembangunan nasional dan provinsi Jawa Barat. Berikut ini disampaikan terlebih dahulu kebijakan nasional dan provinsi Jawa Barat yang bersifat jangka panjang yaitu RPJP dan RPJP Provinsi serta RPJP Kota Bandung itu sendiri. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) menetapkan visi pembangunan nasional Tahun 2005–2025 adalah: INDONESIA YANG MANDIRI, MAJU, ADIL DAN MAKMUR. Kesehatan dalam visi ini merupakan ukuran impak dari pembangunan sekaligus sebagai input. Terdapat 8 (delapan) misi pembangunan nasional sebagai berikut:

1. Mewujudkan masyarakat berakhlak mulia, bermoral, beretika, berbudaya, dan beradab berdasarkan falsafah Pancasila;
2. Mewujudkan bangsa yang berdaya-saing;
3. Mewujudkan masyarakat demokratis berlandaskan hukum;
4. Mewujudkan Indonesia aman, damai, dan bersatu;
5. Mewujudkan pemerataan pembangunan dan berkeadilan;
6. Mewujudkan Indonesia asri dan lestari;
7. Mewujudkan Indonesia menjadi negara kepulauan yang mandiri, maju, kuat, dan berbasiskan kepentingan nasional;
8. Mewujudkan Indonesia berperan penting dalam pergaulan dunia internasional.

Visi Jawa Barat : Dengan Iman dan Taqwa, Provinsi Jawa Barat termaju di Indonesia.

Misi pertama adalah mewujudkan kualitas kehidupan masyarakat yang berbudaya, ilmu dan teknologi, produktif dan berdaya saing. Adalah membangun sumber daya manusia yang

sehat jasmani dan sosial, rohani, memiliki tingkat pendidikan dan kompetensi yang tinggi, memiliki daya saing, memiliki akhlak mulia, dan menjunjung nilai-nilai luhur agama dan budaya, serta memiliki akses terhadap pendidikan dan pelayanan masyarakat berkualitas, terpadu, adil dan merata di seluruh lapisan masyarakat. Peraturan Daerah Nomor 08 Tahun 2008 tentang rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kota Bandung Tahun 2005-2025.

Visi Kota Bandung pada Tahun 2025 adalah: KOTA BANDUNG BERMARTABAT. Bermartabat disini merupakan kata secara harfiah, yang mempunyai arti harkat atau harga diri, yang menunjukkan eksistensi masyarakat kota yang dapat dijadikan teladan karena ketakwaanya, kemakmuran, kebersihan, ketertiban, ketaatan, keamanan, dan berkeadilan. Jadi, kota bermartabat adalah kota yang memiliki harga diri, kehormatan, keadilan dan harkat kemanusiaan. Kriteria bermartabat sebagai berikut:

1. Kota Bandung menjadi kota yang masyarakatnya bertakwa pada Tuhan Yang Maha Esa Kota Bandung menjadi kota yang termakmur di Indonesia dengan masyarakatnya yang sejahtera secara ekonomi maupun social (*people prosperity*);
2. Kota Bandung menjadi kota yang paling menonjol sisi keadilan-nya bagi semua golongan masyarakat kota dalam hal kesempatan pelaksanaan hak dan kewajibannya berkehidupan dan berpenghidupan;
3. Kota Bandung menjadi kota terbersih di tingkat nasional;
4. Kota Bandung menjadi kota percontohan atas ketertiban semua aspek kehidupan perkotaan di Indonesia;
5. Kota Bandung menjadi kota percontohan atas ketaatan pemerintahan kota, masyarakat, dan swasta pengusahnya pada norma hukum, aturan, etika dan kepatutan budaya dan adat-istiadat perkotaan yang berlaku;
6. Kota Bandung menjadi kota yang teraman bagi berbagai masyarakat yang tinggal maupun pengunjung untuk berbagai keperluannya.

Misi Pembangunan Kota Bandung adalah:

1. Meningkatkan Sumber Daya Manusia yang handal dan religious;
2. Mengembangkan perekonomian kota yang berdaya saing; Mengembangkan kehidupan sosial budaya kota yang kreatif, berkesadaran tinggi serta berhati nurani;
3. Meningkatkan kualitas lingkungan hidup kota;
4. Meningkatkan kinerja pemerintah kota yang efektif, efisien, akuntabel, dan transparan;

5. Mengembangkan sistem pembiayaan kota terpadu (melalui pembiayaan pembangunan yang melibatkan pemerintah, swasta, dan masyarakat).

Arah Pembangunan Kota Bandung adalah :

Tujuan pembangunan jangka panjang daerah Kota Bandung 2005 - 2025 adalah mewujudkan masyarakat Kota Bandung yang Bermartabat yaitu masyarakat kota yang dapat dijadikan teladan karena kebersihan, ketertiban, keamanan, kemakmuran, ketaatan, keadilan, dan ketaqwaan. Sebagai ukuran tercapainya Kota Bandung Bermartabat di arahkan pada pencapaian sasaran-sasaran pokok sebagai berikut :

- I. Terwujudnya Sumber daya manusia yang handal dan religius, ditandai oleh hal-hal berikut :
 - a. Terkendalinya jumlah penduduk sesuai dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan;
 - b. Terwujudnya SDM yang cerdas, kreatif dan kompetitif;
 - c. Terwujudnya masyarakat yang sehat jasmani dan rohani;
 - d. Terwujudnya masyarakat yang berakhlak mulia;
 - e. Terwujudnya kesetaraan dan keadilan gender.
- II. Terwujudnya perekonomian kota yang berdaya saing, ditandai oleh hal-hal berikut :
 - a. Terwujudnya perekonomian kota yang tangguh dan berdaya saing serta sehat dan berkeadilan;
 - b. Terwujudnya Pariwisata yang berdaya saing;
 - c. Terwujudnya Kerjasama dan koordinasi yang menguntungkan dengan wilayah Pemerintah daerah lainnya.
- III. Terwujudnya kehidupan sosial budaya kota yang kreatif, berkesadaran tinggi serta berhati nurani. Yang ditandai oleh hal-hal berikut :
 - a. Terwujudnya peningkatan mutu kerjasama di antara semua pemangku kepentingan dalam pembangunan Kota Bandung;
 - b. Terwujudnya multikulturalisme dalam lingkungan Sunda yang inklusif.
- IV. Terwujudnya lingkungan hidup kota yang berkualitas, yang ditandai oleh hal-hal berikut :
 - a. Terwujudnya Kualitas udara dan air yang memenuhi baku mutu;
 - b. Terjamin dan tersedianya kuantitas dan kualitas air (air permukaan, air tanah dangkal dan air tanah dalam);
 - c. Terwujudnya Pengelolaan limbah yang efektif dan bernilai ekonomi;
 - d. Terwujudnya Ruang kota yang aman, nyaman, produktif dan berkelanjutan;
 - e. Terwujudnya Sistem transportasi yang selamat, efisien, nyaman, terjangkau dan ramah lingkungan;

- f. Tersedianya sarana dan prasarana lingkungan yang memenuhi standar teknis/Standar Pelayanan Minimal;
 - g. Terwujudnya Mitigasi Bencana yang handal.
- V. Terwujudnya tata kelola pemerintahan yang efektif, efisien, akuntabel, transparan, yang ditandai oleh hal-hal berikut :
- a. Terwujudnya kualitas produk perencanaan Pembangunan yang aspiratif, antisipatif, aplikatif, dan berkualitas berdasarkan database;
 - b. Terwujudnya Masyarakat dan aparat yang sadar hukum dan HAM;
 - c. Tersedianya prasarana dan sarana aparatur pemerintah kota yang berkualitas;
 - d. Terwujudnya aparatur yang profesional;
 - e. Tersedianya organisasi pemerintah daerah yang dapat meningkatkan kinerja aparatur;
 - f. Terwujudnya kemampuan teknis dan administrative aparatur pengawasan yang profesional;
 - g. Terwujudnya pelayanan publik yang prima;
 - h. Terwujudnya Kehidupan masyarakat yang demokratis;
 - i. Terwujudnya Peningkatan ketentraman dan ketertiban serta terciptanya kesadaran masyarakat dalam menjaga lingkungan dan stabilitas keamanan daerah.
- VI. Terwujudnya sistem pembiayaan kota terpadu, yang ditandai oleh hal-hal berikut :
- a. Terwujudnya Anggaran pemerintah yang optimal;
 - b. Terwujudnya Peran serta aktif Masyarakat dan sektor swasta dalam pembiayaan pembangunan kota.

Pada tahap akhir (2024-2025) dari arah kebijakan, Misi “Mengembangkan Sumber Daya Manusia Yang Handal dan Religius” di arahkan pada terwujudnya sumber daya manusia yang handal dan religius dengan sasaran.

1. Terkendalinya jumlah penduduk sesuai dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan, melalui strategi :
 - a. Peningkatan Kualitas Sumber daya manusia dengan indicator capaian: IPM = 82,66;
 - b. Mengendalikan pertumbuhan penduduk melalui, dengan indikator jumlah penduduk tahun 2025 maksimal 3.118.280 jiwa;
 - c. Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi dengan indikator capaian Angka Fertilitas Total (AFT) = 1,80.
2. Terwujudnya masyarakat yang sehat jasmani dan rohani melalui strategi :
 - a. Meningkatkan kualitas dan akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang bermutu, mudah, merata dan terjangkau; meningkatkan kualitas

- lingkungan bersih melalui sanitasi dasar dan sanitasi umum;
- b. Meningkatkan promosi dan pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan;
 - c. Meningkatkan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan dengan indikator capaian:
 - Indeks Kesehatan = 82,16;
 - Angka Harapan Hidup =75;
 - 100 persen fasilitas kesehatan memenuhi SPM kesehatan;
 - Angka Kematian Bayi= 26/1000 kelahiran hidup;
 - Menurunnya Jumlah Kematian IbuMelahirkan=10 orang/tahun.
 - d. Meningkatkan pengawasan komoditas produk-produk pertanian dengan indikator capaian : Pemaparan zoonosis kurang dari 5 persen di wilayah Kota Bandung.

Pada akhir tahap (2024-2025), Misi “Meningkatkan kualitas lingkungan hidup kota” di arahkan pada terwujudnya peningkatan kualitas lingkungan hidup kota dengan sasaran :

1. Terwujudnya kualitas udara dan air memenuhi baku mutu, melalui strategi :
 - a. Mengendalikan pencemaran udara, dengan indikator capaian : minimal 75 persen lokasi/sample telah memenuhi (Baku Mutu) BM.
 - b. Mengendalikan Pencemaran air, Dengan indicator capaian : 20 persen sungai dan anak sungai yang ada di Kota Bandung untuk parameter BOD dan COD telah memenuhi baku mutu.
2. Terjamin dan tersedianya kuantitas dan kualitas air (air permukaan, air tanah dangkal dan air tanah dalam), melalui strategi;
 - a. Mengembangkan Sumber air baku untuk penyediaan air bersih, dengan indicator capaian : Tersedianya sumber air baku yang cukup ± 6.500 liter/detik.
 - b. Meningkatkan dan Mengendalikan kawasan berfungsi lindung (berfungsi hidrologi), dengan indikator capaian : Ruang terbuka hijau publik yang efektif menunjang fungsi hidroorologi sebanyak 30 persen (dalam bentuk taman, hutan kota, sempadan sungai, kawasan konservasi dan RTH lainnya).
3. Terwujudnya pengelolaan limbah yang efektif dan bernilai ekonomi, melalui strategi: Mereduksi dan meningkatkan pemanfaatan kembali limbah padat (sampah), dengan indikator capaian : 90 persen sampah dapat dikelola (40 persen *reduce*, *reuse* dan *recycle*, 50 persen ke tempat pemrosesan akhir melalui pemanfaatan teknologi yang

- berwawasan lingkungan dan ekonomis 30 persen, dan *landfill* 20 persen).
4. Tersedianya Ruang kota yang aman, nyaman, produktif dan berkelanjutan, melalui strategi;
 - a. Membentuk struktur ruang kota, dengan indicator capaian : Minimum 100 persen kawasan Pusat primer Gedebage terbagun dan semua pusat wilayah pengembangan berfungsi efektif.
 - b. Mengendalikan pemanfaatan ruang, dengan indikator capaian : Tertibnya pemanfaatan ruang dan penggunaan bangunan.
 5. Tersedianya Sistem transportasi yang selamat, efisien, nyaman, terjangkau dan ramah lingkungan, melalui strategi;
 - a. Mengembangkan (sistem) prasarana transportasi yang mendukung struktur ruang kota, dengan indikator capaian : luas jalan min. 5 persen dari wilayah kota dan 100 persen berkondisi baik ; Indeks aksesibilitas minimum 10 km/km² area.
 - b. Mengembangkan SAUM (Sarana Angkutan Umum Masal) dan pembatasan penggunaan kendaraan pribadi, dengan indicator capaian: Terwujudnya prasarana SAUM sesuai dengan rencana induk transportasi kota;
 - c. Mengendalikan aspek-aspek penyebab kemacetan, dengan indicator capaian: Teratasinya aspek aspek kemacetan sebanyak 32 aspek.
 6. Terwujudnya sarana dan prasarana yang memenuhi standar teknis standar pelayanan minimal, melalui strategi:
 - a. Meningkatkan cakupan pelayanan air bersih, dengan indikator capaian: 90 persen penduduk dilayani air bersih dengan rata-rata pengaliran air 120 liter/orang /hari dengan pengaliran kontinu 24 jam.
 - b. Menyediakan Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) sampah yang berkelanjutan, dengan indikator capaian : Tempat pemrosesan akhir sampah sudah berfungsi 100 persen.
 - c. Menyediakan sistem drainase kota yang tertata, dengan indicator capaian : seluruh jaringan drainase kota terpadu.
 - d. Menyediakan Sistem Penanganan Air Limbah dan IPAL Kota, dengan indicator capaian : 100 persen kawasan kota terlayani oleh sistem penanganan air limbah yang terpadu dengan IPAL.
 7. Terwujudnya mitigasi bencana yang handal, melalui strategi; Menumbuhkan dan meningkatkan pengelolaan bencana (gempa, longsor, banjir, gunung meletus, angin topan,

kebakaran dll), dengan indikator capaian : Terkendalinya bencana di Kota Bandung.

Kota Bandung sedang mengembangkan Smart City. Smart City adalah suatu konsep dimana pelayanan masyarakat diselenggarakan dengan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi untuk menghubungkan, memonitor dan mengendalikan berbagai sumberdaya dan jaringan sehingga pembangunan menjadi lebih efektif dan efisien serta berkelanjutan. Keberadaan Bandung sebagai Smart City, tentu saja menjadi peluang yang sangat menguntungkan bagi kinerja di sektor kesehatan. Setiap stakeholder kesehatan tentunya harus memanfaatkan peluang ini semaksimal mungkin. Dalam konteks master plan pembangunan kesehatan, Bandung Kota Cerdas juga menjadi bagian dari rencana tersebut. Dimana setiap aksi yang dihasilkan tidak terlepas dari ciri-ciri Kota Cerdas.

Bila dilihat dari kerangka *logic model*, program pembangunan kesehatan yang merupakan bagian integral dari pembangunan Kota Bandung diharapkan memiliki dampak pada peningkatan kehidupan sosial dari masyarakat Kota Bandung. Adapun *outcome* berupa derajat kesehatan yang meningkat, dan output adalah sistem kesehatan yang kuat serta sosial determinan yang mendukung. Sintesis tersebut, beserta kajian analisis situasi saat ini, mengarahkan pada tujuan dari Pembangunan Kesehatan Kota Bandung 2005-2025 adalah sebagai berikut:

- Mengoptimalkan dukungan determinan sosial kesehatan
- Memperkuat Sistem Kesehatan Kota Bandung

Tujuan yang kedua lebih dominan berada dalam wilayah sektor kesehatan, sedangkan tujuan yang pertama merupakan dominasi tanggung jawab sektorsektor di luar kesehatan. Untuk mengoptimalkan tujuan kedua dibutuhkan *leadership*, kemampuan menyampaikan visi dari sektor kesehatan dan dukungan serta fasilitasi pimpinan Daerah serta sektor-sektor terkait.

Analisis situasi Kota Bandung menunjukkan beberapa hal yang harus diperhatikan untuk mencapai tujuan utama tersebut :

- (1) Penekanan penguatan sistem kesehatan di layanan primer, terutama Puskesmas untuk meningkatkan efisiensi sistem dan mengurangi beban masalah kesehatan dalam jangka panjang. Pemerintahan didorong lebih banyak mempersiapkan sumberdaya untuk menumbuhkan dan mengembangkan Puskesmas.
- (2) Pemanfaatan potensi dan kerjasama dengan pihak pelayanan swasta. *Inducement* oleh pemerintahan Bandung agar pihak swasta dapat bekerjasama mencapai tujuan dalam bidang kesehatan. Pemerintahan Daerah perlu menyusun suatu instrumen kebijakan yang mampu mengarahkan semua potensi yang ada untuk mewujudkan pencapaian optimal

dalam bidang kesehatan dan pada akhirnya Bandung Sejahtera.

- (3) Penguatan komunikasi dan komitmen lintas sistem untuk penanganan kasuskasus terpumpun. Beberapa contoh adalah: penanganan gelandangan psikotik dan penyandang masalah sosial antara sistem kesehatan, sistem sosial dan sistem administrasi pemerintahan; penanganan gangguan gizi antara sistem kesehatan, sistem ekonomi, sistem sosial dan sebagainya. Berikut ini model logik untuk Rencana Induk Pembangunan Kesehatan Kota Bandung.



Model Logik Rencana Induk Kesehatan Kota Bandung

Hal-hal sebagaimana disebutkan di atas menjadi perhatian dalam membangun Sistem Kesehatan di Kota Bandung.

C. Landasan Yuridis

Landasan yuridis mengenai pengaturan Sistem Kesehatan Kota Bandung yang menjadi kewenangan Kabupaten/Kota tidak dapat dilepaskan dari aspek yang berkaitan dengan pembentukan peraturan daerah sebagai instrumen yuridis yang mengikat dan berlaku umum yang menjadi dasar dalam melakukan kebijakan. Bertalian dengan prinsip dasar pembentukan pemerintahan daerah dapat dirunut mulai dari alinea ketiga dan empat Pembukaan UUD 1945. Alinea ketiga memuat pernyataan kemerdekaan Bangsa Indonesia. Alinea empat merupakan pernyataan bahwa setelah menyatakan kemerdekaan, yang pertama kali dibentuk adalah Pemerintah Negara Indonesia, yaitu Pemerintah Nasional yang bertanggung jawab mengatur dan mengurus Bangsa Indonesia. Pemerintah Negara Indonesia mempunyai tugas untuk melindungi

seluruh bangsa dan tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa serta ikut memelihara ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial.

Bertalian dengan itu, dalam Pasal 1 ayat (1) UUD 1945 dinyatakan bahwa Negara Indonesia adalah negara kesatuan yang berbentuk republik. Konsekuensi logis dari ketentuan Pasal 1 ayat (1) UUD 1945 adalah untuk membedakan Indonesia dari negara serikat. Dalam pada itu dibentuknya pemerintahan Negara Indonesia sebagai pemerintah nasional untuk pertama kalinya dan kemudian pemerintah nasional itulah yang kemudian membentuk daerah sesuai ketentuan Pasal 18 UUD 1945 (asli). Setelah reformasi, Pasal 18 UUD 1945 ini telah diamandemen sehingga menjadi 3 pasal.

Setelah daerah dibentuk, selanjutnya pemerintah membentuk pemerintahan daerah. Dimana, menurut Pasal 18 ayat (2) dan ayat (5) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 bahwa Pemerintahan Daerah berwenang untuk mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan menurut Asas Otonomi dan Tugas Pembantuan dan diberikan otonomi yang seluas-luasnya.

Pemberian otonomi yang seluas-luasnya kepada Daerah dilaksanakan berdasarkan prinsip negara kesatuan. Dalam negara kesatuan kedaulatan hanya ada pada pemerintahan negara atau pemerintahan nasional dan tidak ada kedaulatan pada Daerah. Oleh karena itu, seluas apa pun otonomi yang diberikan kepada Daerah, tanggung jawab akhir penyelenggaraan Pemerintahan Daerah akan tetap ada ditangan Pemerintah Pusat. Untuk itu Pemerintahan Daerah pada Negara kesatuan merupakan satu kesatuan dengan Pemerintahan Nasional. Sejalan dengan itu, kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan oleh Daerah merupakan bagian integral dari kebijakan nasional. Pembedanya adalah terletak pada bagaimana memanfaatkan kearifan, potensi, inovasi, daya saing, dan kreativitas Daerah untuk mencapai tujuan nasional tersebut di tingkat lokal yang pada gilirannya akan mendukung pencapaian tujuan nasional secara keseluruhan. Daerah sebagai satu kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai otonomi berwenang mengatur dan mengurus Daerahnya sesuai aspirasi dan kepentingan masyarakatnya sepanjang tidak bertentangan dengan tatanan hukum nasional dan kepentingan umum. Dalam rangka memberikan ruang yang lebih luas kepada Daerah untuk mengatur dan mengurus kehidupan warganya maka Pemerintah Pusat dalam membentuk kebijakan harus memperhatikan kearifan lokal dan sebaliknya Daerah ketika membentuk kebijakan Daerah baik dalam bentuk Perda maupun kebijakan lainnya hendaknya juga memperhatikan kepentingan nasional. Dengan demikian akan tercipta keseimbangan antara kepentingan nasional yang sinergis

dan tetap memperhatikan kondisi, kekhasan, dan kearifan lokal dalam penyelenggaraan pemerintahan secara keseluruhan.

Pada hakikatnya Otonomi Daerah diberikan kepada rakyat sebagai satu kesatuan masyarakat hukum yang diberi kewenangan untuk mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan yang diberikan oleh Pemerintah Pusat kepada Daerah dan dalam pelaksanaannya dilakukan oleh kepala daerah dan DPRD dengan dibantu oleh Perangkat Daerah. Urusan Pemerintahan yang diserahkan ke Daerah berasal dari kekuasaan pemerintahan yang ada ditangan Presiden. Konsekuensi dari negara kesatuan adalah tanggung jawab akhir pemerintahan ada ditangan Presiden. Agar pelaksanaan Urusan Pemerintahan yang diserahkan ke Daerah berjalan sesuai dengan kebijakan nasional maka Presiden berkewajiban untuk melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.

Presiden sebagai pemegang kekuasaan pemerintahan dibantu oleh menteri negara dan setiap menteri bertanggung atas Urusan Pemerintahan tertentu dalam pemerintahan. Sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi tanggung jawab menteri tersebut yang sesungguhnya diotonomikan ke Daerah. Konsekuensi menteri sebagai pembantu Presiden adalah kewajiban menteri atas nama Presiden untuk melakukan pembinaan dan pengawasan agar penyelenggaraan Pemerintahan Daerah berjalan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Agar tercipta sinergi antara Pemerintah Pusat dan Daerah, kementerian/lembaga pemerintah nonkementerian berkewajiban membuat norma, standar, prosedur, dan kriteria untuk dijadikan pedoman bagi Daerah dalam menyelenggarakan Urusan Pemerintahan yang diserahkan ke Daerah dan menjadi pedoman bagi kementerian/lembaga pemerintah nonkementerian untuk melakukan pembinaan dan pengawasan. Presiden melimpahkan kewenangan kepada Menteri sebagai koordinator pembinaan dan pengawasan yang dilakukan oleh kementerian/lembaga pemerintah nonkementerian terhadap penyelenggaraan Pemerintahan Daerah. Kementerian/lembaga pemerintah nonkementerian melakukan pembinaan dan pengawasan yang bersifat teknis, sedangkan Kementerian melaksanakan pembinaan dan pengawasan yang bersifat umum. Mekanisme tersebut diharapkan mampu menciptakan harmonisasi antar kementerian/lembaga pemerintah nonkementerian dalam melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Pemerintahan Daerah secara keseluruhan.

Untuk mengetahui kedudukan Peraturan Daerah dalam sistem hukum nasional dapat merujuk kepada ketentuan Pasal 7 ayat (1) dan Pasal 8 UU. No. 12 Tahun 2011. Dalam tata urutan tersebut Peraturan Daerah Provinsi ditempatkan pada urutan keenam, dan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota ditempatkan dalam urutan ketujuh. Tata urutan tersebut mempunyai arti

hukum, yakni : bahwa peraturan yang lebih rendah tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi derajatnya. Sebab, seperti dikatakan oleh Hans Kelsen, bahwa :

"The validity of legal norms may be limited in time, and it is important to notice that the end as well as the beginning of this validity is determined only by the order to which they belong. They remain valid as long as they have not been invalidated in the way which the legal order itself".¹⁰⁶

Pendapat di atas sudah lazim dianut dalam pembentukan peraturan perundang-undangan bagi negara yang mengklaim dirinya sebagai negara hukum. Seperti dikemukakan oleh Ronald M.M. Goni ¹⁰⁷ , bahwa landasan normative tata urutan perundang-undangan sudah ditetapkan sesuai dengan teori Stubenbau yaitu menyangkut tata urutan norma yang tidak boleh dilangkahi dan dilanggar.¹⁰⁸

Apabila uraian di atas diperhatikan tampak bahwa Peraturan Daerah itu merupakan bagian dari sistem hukum yang berlaku di Indonesia. Sebagai bagian dari sistem hukum nasional, ia dianggap syah dan dijadikan sebagai landasan dalam penyelenggaraan pemerintahan di daerah. Tetapi, materi muatannya tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi derajatnya, serta harus tunduk pada asas dan ketentuan pembentukan peraturan perundang-undangan. Hal itu sesuai dengan ketentuan Pasal 250 ayat (1) UU. No. 23 Tahun 2014 dikatakan, bahwa :

- (1) Perda dan Perkada sebagaimana dimaksud dalam Pasal 249 ayat (1) dan ayat (3) dilarang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, kepentingan umum, dan/atau kesusilaan.
- (2) Bertentangan dengan kepentingan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. terganggunya kerukunan antarwarga masyarakat;
 - b. terganggunya akses terhadap pelayanan publik;
 - c. terganggunya ketenteraman dan ketertiban umum;
 - d. terganggunya kegiatan ekonomi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan/atau
 - e. diskriminasi terhadap suku, agama dan kepercayaan, ras, antar-golongan, dan gender.

Apa yang disebutkan dalam ketentuan di atas adalah dalam kerangka penegasan bahwa Perda dan Perkada sebagai bagian dari sistem hukum nasional, materi muatannya dilarang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, kepentingan umum, dan/atau kesusilaan. Tentang materi

¹⁰⁶Hans Kelsen, *General Theory of Law and State* (New York: Russel & Russel, 1973), p.

¹⁰⁷Ronald, M.M Goni, "Kewenangan Gubernur dalam Pembentukan Peraturan Daerah sebagai Implementasi Pemberlakuan Otonomi Daerah," *Jurnal Lex Administratum UNILA Vol. III No. 4* (Juni 2015), hlm. 25.

¹⁰⁸Jimly Asshiddiqie, *Konstitusi & Konstitusionalisme Indonesia* (Jakarta: diterbitkan atas kerjasama Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia dan Pusat Studi Hukum Tata Negara Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2004), hlm. 19.

muatan peraturan daerah telah dipertegas secara rinci dalam UU. No. 23 Tahun 2014, dimana materi muatan itu mengandung asas : a. Pengayoman; b. Kemanusiaan; c. Kebangsaan; d. Kekeluargaan; e. Kenusantaraan; f. Bhineka Tunggal Ika; g. Keadilan; h. Kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan; i. Ketertiban dan kepastian hukum, dan/atau; j. Keseimbangan, keserasian, dan keselarasan. Muhammad Siddiq Armia mengatakan bahwa pada umumnya materi muatan dapat menjadi problematika tersendiri dalam pembentukan peraturan perundang-undangan di daerah. Dimana materi muatan tersebut dapat bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, bertentangan dengan prinsip dasar pembentukan Perda, bertentangan dengan kepentingan umum, dan bertentangan dengan perda-perda lainnya yang ada di daerah.¹⁰⁹ Oleh karena itu, Pemerintah Daerah harus betul-betul memahami asas-asas dalam pembentukan Perda sebagaimana disebutkan di atas. Asas-asas tersebut menjadi kaidah penuntun dalam pembentukan Perda di daerah.

¹⁰⁹Muhammad Siddiq Armia, "Eksekutif Review Terhadap Perda Retribusi di Daerah Otonomi Khusus," *Jurnal Rechtsvinding BPHN Vol. 5 No. 2* (Agustus 2016), hlm. 250.

BAB V

SASARAN, JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN

A. Sasaran

Sasaran yang hendak diwujudkan dengan dibentuknya Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan adalah untuk:

- a. Sistem Kesehatan Kota Bandung dimaksudkan sebagai acuan bagi Pemerintah Kota Bandung dalam menyusun dan merencanakan kebijakan bidang kesehatan.
- b. Sistem Kesehatan Kota Bandung sebagai pedoman dalam rangka meningkatkan kualitas pengelolaan kesehatan di tingkat kota dengan memperhatikan pembagian urusan pemerintahan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan
- c. Sistem Kesehatan Kota Bandung sebagai acuan dalam menata pembangunan kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan mengutamakan Usaha Kesehatan Masyarakat tanpa mengesampingkan Usaha Kesehatan Perseorangan.
- d. Sistem Kesehatan Kota Bandung ditujukan untuk memenuhi hak dan kebutuhan semua komponen dalam pembangunan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada masyarakat, pelaku, dan penyelenggara kesehatan.

B. Jangkauan dan Arah Pengaturan

Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung diarahkan untuk menata pembangunan kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan mengutamakan Usaha Kesehatan Masyarakat, tanpa mengesampingkan Usaha Kesehatan Perseorangan. Penyusunan Sistem Kesehatan dalam peraturan tersendiri merupakan amanah dari Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dalam rangka melaksanakan pengelolaan di bidang kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam merespon amanah tersebut, sesuai Pasal 167 ayat (4) UU. No. 36 Tahun 2009 presiden mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2014 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Sesuai Pasal 167 ayat (2), pengelolaan sistem kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat pusat sampai tingkat daerah sebagai pedoman dalam rangka melaksanakan pembangunan di bidang kesehatan. Bertalian dengan itu, Pemerintah Kota Bandung membentuk

Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung yang digunakan sebagai pedoman dan/atau rujukan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan di Kota Bandung.

Hal itu juga selaras dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kota Bandung sebagai kaidah penuntun pembangunan daerah yang ditetapkan dalam Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 08 Tahun 2008. Dalam RPJP Kota Bandung itu, ditetapkan Visi Kota Bandung adalah “KOTA BANDUNG BERMARTABAT” (*Bandung Dignified City*). Kata “Bermartabat” disini merupakan kata secara harfiah, yang mempunyai arti harkat atau harga diri, yang menunjukkan eksistensi masyarakat kota yang dapat dijadikan teladan karena ketakwaannya, kemakmuran, kebersihan, ketertiban, ketaatan, keamanan, dan berkeadilan. Jadi, kota bermartabat adalah kota yang memiliki harga diri, kehormatan, keadilan, dan harkat kemanusiaan. Selanjutnya, dalam rangka mewujudkan visi tersebut dijabarkanlah dalam misi pembangunan Kota Bandung yang salah satunya adalah mewujudkan sumber daya masyarakat yang berkualitas. Oleh karena itu, dalam rangka mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas tersebut, pembangun di bidang kesehatan menjadi hal yang sangat penting dilakukan.

Dalam upaya mewujudkan Visi Misi tersebut, pembangunan kesehatan di Kota Bandung difokuskan pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia (lansia) dan keluarga miskin. Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut dilakukan pengelolaan di bidang kesehatan dengan sistem kesehatan Kota Bandung. Selain itu, meningkatnya jenis penyakit di wilayah Kota Bandung juga menjadi alasan untuk segera dibuat suatu peraturan yang menjadi dasar dan menjadi pedoman pengelolaan di bidang kesehatan khususnya wilayah Kota Bandung.

Berdasarkan paparan diatas maka Pemerintah daerah yang memiliki fungsi regulator terhadap permasalahan-permasalahan yang berkembang pada masyarakat hendaknya bisa segera tanggap untuk segera membuat aturan yang dapat digunakan sebagai pedoman dan arahan dalam rangka pengelolaan kesehatan di Kota Bandung. Mengingat pembentukan peraturan daerah tersebut merupakan amanah dari Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Perpres Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, serta dalam rangka mewujudkan visi dan misi Kota Bandung, amat perlu disusun Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung. Peraturan Daerah tersebut diarahkan untuk meningkatkan kualitas pengelolaan kesehatan di Kota Bandung dengan memperhatikan pembagian urusan pemerintahan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan; yakni :

- a. Menata pembangunan kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan mengutamakan UKM, tanpa mengesampingkan UKP;
- b. Memenuhi hak dan kebutuhan semua komponen dalam pembangunan kesehatan; dan
- c. Melindungi masyarakat, pelaku, dan penyelenggara kesehatan.

Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung tersebut menjadi rujukan pembangunan kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di Kota Bandung.

C. Ruang Lingkup

Dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dan asas sistem kesehatan nasional, materi muatan yang diatur dalam sistem kesehatan Kota Bandung meliputi seluruh subsistem pembangunan kesehatan, antara lain;

- a. Upaya kesehatan;
- b. Sumber Daya Manusia Kesehatan;
- c. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;
- d. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;
- e. Penelitian dan pengembangan kesehatan; dan
- f. Pembiayaan kesehatan;
- g. Pemberdayaan Masyarakat;
- h. Sistematika dari naskah akademik Peraturan Daerah Sistem Kesehatan Kota Bandung ini meliputi:

BAB	NILAI YANG DIATUR DALAM PASAL	TUJUAN
BAB I Ketentuan Umum	Menjelaskan pengertian-pengertian dan batasan-batasan ruang lingkup suatu istilah yang dimuat dalam Raperda.	Untuk memberi pengertian dan menghindari salah tafsir terhadap istilah-istilah yang dimuat dalam Raperda.
BAB II Upaya Kesehatan	Menjelaskan bahwa upaya kesehatan terdiri dari UKP dan UKM beserta lingkup kegiatannya dan sistem rujukannya.	Memberikan arahan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.
BAB III Sumber Daya Manusia Kesehatan	Menjelaskan mengenai pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan	Memberikan arahan mengenai pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di tingkat daerah.

BAB IV Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan makanan	Menjelaskan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap sarana dan pelaku Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan	Memberikan arahan mengenai pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap sarana dan pelaku Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan di daerah.
BAB V Manajemen Kesehatan, Informasi Kesehatan, dan Regulasi Kesehatan	Menjelaskan mengenai Penyelenggaraan Manajemen Kesehatan, Informasi Kesehatan, dan Regulasi Kesehatan kesehatan di daerah yang dilakukan melalui: kebijakan kesehatan; a. administrasi kesehatan; b. regulasi kesehatan; c. pengelolaan data dan informasi kesehatan; dan d. advokasi kesehatan.	Memberikan arahan mengenai Penyelenggaraan Manajemen Kesehatan, Informasi Kesehatan, dan Regulasi Kesehatan kesehatan di daerah.
BAB VI Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	Menjelaskan mengenai: 1. Kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan di daerah. 2. kebijakan penelitian dan pengembangan Kesehatan di daerah.	Memberikan arahan mengenai kegiatan penelitian dan bagaimana kebijakan penelitian yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
BAB VII Pembiayaan Kesehatan	Menjelaskan mengenai penyelenggaraan, sumber, pemantauan dan evaluasi	Memberi arahan mengenai pembiayaan kesehatan di daerah.

	kebijakan pembiayaan kesehatan	
BAB VIII Pemberdayaan Masyarakat	Menjelaskan bentuk partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan sistem kesehatan Kota Bandung.	Memberi kejelasan bahwa masyarakat dapat berperan serta dalam penyelenggaraan sistem kesehatan Kota Bandung.
BAB IX Pembinaan dan Pengawasan	Menjelaskan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penyelenggaraan SKD	Memberikan arahan Menjelaskan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penyelenggaraan SKD di daerah.
BAB X Sanksi	Menjelaskan mengenai hukuman atas pelanggaran tindakan-tindakan yang dilarang dan diharuskan	Memberikan arahan mengenai perbuatan yang boleh dan tidak boleh dilakukan
BAB XI Ketentuan Penutup	Menjelaskan ketentuan yang memuat penyesuaian pengaturan tindakan hukum atau hubungan hukum yang sudah ada berdasarkan peraturan perundang-undangan yang lama terhadap peraturan perundang-undangan yang baru.	<ul style="list-style-type: none"> a. Menghindari terjadinya kekosongan hukum b. Menjamin adanya kepastian hukum c. Memberikan perlindungan hukum bagi pihak yang terkena dampak perubahan ketentuan peraturan perundang-undangan. d. Mengatur hal-hal yang bersifat transisional atau sementara.

A. KETENTUAN UMUM

1. Daerah adalah Kota Bandung.
2. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Bandung.
4. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah Kota Bandung yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
5. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disingkat DPRD adalah lembaga perwakilan rakyat Daerah yang berkedudukan sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah.
6. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Wali Kota dan DPRD dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
7. Dinas Kesehatan adalah Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.
8. Swasta adalah setiap komponen penyelenggara Upaya Kesehatan non-pemerintah di Daerah.
9. Masyarakat adalah sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas teratur dan saling tergantung satu sama lain meliputi kelompok warga sipil, lembaga nirlaba, korporasi, dan kelompok non pemerintah lain di Daerah.
10. Organisasi Profesi adalah organisasi yang bergerak di bidang profesi Tenaga Kesehatan yang melakukan pembinaan terhadap anggota dan memberikan rekomendasi untuk izin praktik.
11. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
12. Sistem Kesehatan Kota Bandung yang selanjutnya disingkat SKKB adalah pengelolaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen di Daerah secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya.
13. Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat penyakit, peningkatan kesehatan pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau Masyarakat.

14. Upaya Kesehatan Perorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah dan/atau Masyarakat serta swasta untuk memelihara, meningkatkan Kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan Kesehatan perorangan.
15. Upaya Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah dan/atau Masyarakat serta Swasta untuk memelihara dan mewujudkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah Kesehatan di Masyarakat.
16. Pelayanan Kesehatan adalah rangkaian kegiatan pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh, meliputi kegiatan preventif, promotif, penyembuhan atau kuratif, dan pemulihan atau rehabilitatif kepada pasien.
17. Upaya Promotif adalah kegiatan dalam rangka pemeliharaan dan peningkatan Kesehatan.
18. Upaya Preventif adalah setiap kegiatan dalam rangka pencegahan penyakit.
19. Upaya Kuratif adalah setiap kegiatan dalam rangka penyembuhan penyakit.
20. Upaya Rehabilitatif adalah setiap kegiatan dalam rangka pemulihan Kesehatan.
21. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya Pelayanan Kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
22. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan UKM dan UKP tingkat pertama, dengan lebih menutamakan Upaya Promotif dan Upaya Preventif, untuk mencapai derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
23. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
24. Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di Masyarakat.
25. Kejadian Luar Biasa yang selanjutnya disingkat KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.

26. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan dan/atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan
27. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi yang selanjutnya disingkat KIPPI adalah kejadian medik yang diduga berhubungan dengan imunisasi
28. Sumber Daya Kesehatan adalah semua perangkat keras dan perangkat lunak yang diperlukan sebagai pendukung penyelenggaraan Upaya Kesehatan.
29. Sumber Daya Manusia Kesehatan yang selanjutnya adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan yang terdiri dari Tenaga Kesehatan dan Tenaga Non Kesehatan.
30. 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.
31. Tenaga Non Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan akan tetapi tidak melalui pendidikan di bidang Kesehatan dan yang memiliki kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan
32. Pemberdayaan Masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan Masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan, dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun lembaga swadaya Masyarakat dan tokoh Masyarakat.
33. Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.
34. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan Kesehatan dan kontrasepsi, untuk manusia.
35. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan Kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
36. Makanan adalah barang yang dimasukkan ke dalam wadah dan diberi label yang dimaksud untuk dimakan dan atau

- diminum oleh manusia serta semua bahan yang digunakan pada produksi makanan dan minuman.
37. Pengawasan *Post Market* adalah pengawasan terhadap produk makanan dan minuman industri rumah tangga di Daerah pasca beredar di Masyarakat.
 38. Manajemen Kesehatan, Informasi Kesehatan, dan Regulasi Kesehatan adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan Kesehatan, administrasi Kesehatan, pengelolaan data dan informasi Kesehatan, dan pengaturan hukum kesehatan, yang mendukung subsistem lainnya pada SKP guna menjamin tercapainya derajat kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya.
 39. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya.
 40. Pembiayaan Kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan danakesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya.
 41. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Bandung yang ditetapkan oleh Walikota Bandung Bersama DPRD Kota Bandung.
 42. Penduduk Yang Didaftarkan Oleh Pemerintah Daerah yang selanjutnya disingkat menjadi PYDOPD adalah Penduduk Daerah yang mendapat bantuan pembayaran premi jaminan kesehatan nasional dari Pemerintah Daerah.

B. MATERI MUATAN

1. PENDAHULUAN

Tujuan nasional bangsa Indonesia sebagaimana yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakanlah program pembangunan nasional secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya

seluruh potensi bangsa Indonesia baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan dukungan Sistem Kesehatan Nasional (selanjutnya disingkat SKN) yang tangguh. Di Indonesia SKN telah diatur dalam UU. No. 36 Tahun 2009 dan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 sebagai acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Dalam pembangunan kesehatan, Indonesia menghadapi berbagai perubahan lingkungan strategis ditandai dengan berlakunya berbagai regulasi penyelenggaraan pemerintahan, antara lain, Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 – 2025, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan secara global terjadi perubahan iklim dan upaya percepatan pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), sehingga diperlukan penyempurnaan dalam pengelolaan kesehatan.

Sebagai negara yang menganut model desentralisasi, sesuai UU. No. 23 Tahun 2014, pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah. Untuk itu diperlukan peraturan secara khusus yang mempertegas tugas dan tanggung jawab kewenangan daerah, tetapi harus tetap sinkron dengan peraturan lainnya yang mengacu pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagai “kaidah penuntun”. Urgensi diperlukannya peraturan tentang sistem kesehatan di daerah sebagaimana dijelaskan pada Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional bahwa perundang-undangan yang dalam pelaksanaannya mengalami hambatan harus diatur lebih lanjut dengan Peraturan Daerah. Untuk itu, kehadiran peraturan daerah dalam menata pembangunan kesehatan di daerah amat diperlukan.

2. MATERI POKOK YANG AKAN DIATUR

A. Upaya Kesehatan

Upaya Kesehatan sebagaimana dimaksud meliputi penyelenggaraan:

a. UKP yang meliputi:

- 1) pelayanan kesehatan;
- 2) fasilitas pelayanan kesehatan;

- 3) sistem rujukan UKP;
 - 4) gawat darurat;
 - 5) laboratorium;
 - 6) pelayanan kesehatan bencana;
 - 7) pelayanan kesehatan tradisional; dan
 - 8) pelayanan darah.
- b. UKM yang meliputi:
- 1) pemberdayaan masyarakat;
 - 2) promosi Kesehatan;
 - 3) pemantauan penyakit;
 - 4) pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit;
 - 5) KLB;
 - 6) pelayanan kesehatan indera;
 - 7) kesehatan lingkungan
 - 8) Pelayanan kesehatan jiwa;
 - 9) kesehatan ibu dan anak;
 - 10) imunisasi;
 - 11) kesehatan gizi;
 - 12) kesehatan gigi dan mulut;
 - 13) Kesehatan haji dan mata;
 - 14) upaya Kesehatan sekolah;
 - 15) upaya Kesehatan lanjut usia;
 - 16) kesehatan kerja;
 - 17) kesehatan olahraga;
 - 18) kesehatanreproduksi;
 - 19) pengobatan kesehatan tradisional UKM;
 - 20) perawatan kesehatan masyarakat;
 - 21) sistem rujukan UKM.
- B. Sumber Daya Manusia Kesehatan;
- C. Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, dan Makanan;
- D. Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan;
- E. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
- F. Pembiayaan Kesehatan;
- G. Pemberdayaan Masyarakat; dan
- H. Pembinaan dan Pengawasan.
3. KETENTUAN PENUTUP
- Di dalam ketentuan penutup Rancangan Peraturan Daerah ini diatur mengenai status hukum peraturan pelaksanaan dari Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung (Lembaran Daerah KIota Bandung Tahun 2009 Nomor ..., Tambahan Lembaran Daerah Kota Bandung Nomor ...). Selain itu, ketentuan penutup rancangan peraturan daerah ini juga mengatur tentang pencabutan beberapa peraturan daerah di Kota Bandung yang sudah tidak berlaku yaitu:
- a. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 9 tahun 2002 tentang Penyelenggaraan Kesehatan di Kota Bandung

- (Lembaran Daerah Klota Bandung Tahun 2009 Nomor ..., Tambahan Lembaran Daerah Kota Bandung Nomor ...);
- b. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 tahun 2002 tentang Sumber Daya Kesehatan Kota Bandung (Lembaran Daerah Kota Bandung Tahun 2009 Nomor ..., Tambahan Lembaran Daerah Kota Bandung Nomor ...) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku; dan
 - c. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung (Lembaran Daerah Kota Bandung Tahun 2009 Nomor ..., Tambahan Lembaran Daerah Kota Bandung Nomor ...) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan di atas, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Masalah yang dihadapi Pemerintah Kota Bandung dalam terkait dengan penyelenggaraan sistem kesehatan di daerah antara lain yaitu:
 - a. pelayanan kesehatan di Kota Bandung belum tersebar secara merata kepada seluruh warga Kota Bandung. Selain itu;
 - b. penyelenggaraan sistem kesehatan di Kota Bandung masih harus menyesuaikan dengan capaian yang diatur dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs);
 - c. peraturan perundang-undangan yang ada di Kota Bandung saat ini belum sejalan dengan Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA);

Dalam menghadapi permasalahan yang terjadi di Kota Bandung tersebut diperlukan berbagai upaya dalam mensinergikan komponen-komponen yang terlibat dalam urusan kesehatan dalam sebuah sistem yang terintegrasi, yaitu diantaranya:

- a. Perlu upaya peningkatan daya saing (*competitives*) dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dalam negeri, khususnya di Kota Bandung;
 - b. Pembenahan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan, baik dari segi sumber daya manusia kesehatan, peralatan, saran dan prasarannya, maupun dari segi manajemennya perlu ditingkatkan serta didayagunakan;
 - c. Peningkatan pengawasan dan pengendalian masuknya persediaan farmasi, peralatan kesehatan dan makanan dari luar; dan
 - d. Pembangunan kesehatan di Kota Bandung menjadi tanggung jawab seluruh unsur yang ada di Kota Bandung, sehingga urusan kesehatan menjadi tanggung jawab bersama.
2. Sistem Kesehatan Kota Bandung yang berlaku sekarang ini sudah tidak sinkron dengan beberapa peraturan perundang-undangan, diantaranya yaitu:
 - a. Menyangkut pembagian urusan pemerintahan wajib dan konkuren sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, juga belum mengakomodasi amanat dari Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dimana anggaran

kesehatan pemerintah kota tidak boleh kurang dari 10% dari APBD.

- b. Harmonisasi Sistem Kesehatan Kota Bandung dengan beberapa peraturan perundang-undangan yang baru, dan perkembangan ilmu dan teknologi serta Sustainable Development Goals (SDGs) mendesak dilakukan agar pembangunan kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bisa terwujud.

Sistem Kesehatan Kota Bandung diperlukan mengingat bahwa implementasi pembangunan kesehatan memerlukan pedoman, bentuk, dan cara penyelenggaraan pembangunan di sektor kesehatan. Tujuan Sistem Kesehatan Kota Bandung ini pada dasarnya untuk memecahkan masalah yang dihadapi saat ini, dan sebagai antisipasi masalah yang mungkin terjadi di masa depan. Dalam perspektif hukum (*legislative drafting*), Sistem Kesehatan Kota Bandung yang tertuang dalam Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung sudah mengalami kemunduran dalam arti ketentuannya sudah banyak yang terpengaruh oleh peraturan perundang-undangan yang baru, yang konsekuennya mengakibatkan Perda tersebut tidak sejalan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang baru, atau bahkan bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi tingkatannya.

3. Tiga landasan yang menjadi dasar pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung yaitu:
 - a. Landasan Filosofisnya adalah bahwa Rancangan Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung disusun agar menjadi landasan dalam pembangunan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka pengembangan dan pembinaan sumber daya manusia sebagai modal dasar bagi pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah.
 - b. Landasan Sosiologis dibentuknya Rancangan Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung untuk meningkatkan derajat kesehatan Masyarakat perlu diselenggarakan pembangunan kesehatan dengan batas peran, fungsi, tanggung jawab, dan kewenangan yang jelas, akuntabel, berkeadilan, merata, bermutu, berhasil guna dan berdaya guna.
 - c. Landasan yuridis yang menjadi dasar dibentuknya Rancangan Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung ini yaitu Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang

Kesehatan, Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan nasional.

4. Sasaran, arah jangkauan dan ruang lingkup Rancangan Peraturan Daerah tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung ini adalah sebagai berikut:
 - a. Sasaran yang hendak diwujudkan dengan dibentuknya Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung ini adalah sebagai acuan dan pedoman bagi Pemerintah Kota Bandung dalam:
 - 1) menyusun dan merencanakan kebijakan bidang kesehatan;
 - 2) meningkatkan kualitas pengelolaan kesehatan di tingkat kota dengan memperhatikan pembagian urusan pemerintahan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan;
 - 3) menata pembangunan kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan mengutamakan Usaha Kesehatan Masyarakat tanpa mengesampingkan Usaha Kesehatan Perseorangan; dan
 - 4) memenuhi hak dan kebutuhan semua komponen dalam pembangunan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada masyarakat, pelaku, dan penyelenggara kesehatan.
 - b. Sementara arah jangkauan Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung adalah untuk menata pembangunan kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan mengutamakan Usaha Kesehatan Masyarakat, tanpa mengesampingkan Usaha Kesehatan Perseorangan. Peraturan Daerah tersebut diarahkan untuk meningkatkan kualitas pengelolaan kesehatan di Kota Bandung dengan memperhatikan pembagian urusan pemerintahan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan; yakni :
 - 1) Menata pembangunan kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan mengutamakan UKM, tanpa mengesampingkan UKP;

- 2) Memenuhi hak dan kebutuhan semua komponen dalam pembangunan kesehatan; dan
 - 3) Melindungi masyarakat, pelaku, dan penyelenggara kesehatan.
- c. Ruang lingkup Rancangan Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung ini adalah sebagai berikut:
- 1) Upaya Kesehatan yang terdiri dari Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat;
 - 2) Sumber Daya Manusia Kesehatan;
 - 3) Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, dan Makanan;
 - 4) Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan;
 - 5) Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
 - 6) Pembiayaan Kesehatan;
 - 7) Pemberdayaan Masyarakat; dan
 - 8) Pembinaan dan Pengawasan.

B. Saran-Saran

1. Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung perlu direvisi dan disempurnakan kembali sesuai dengan perkembangan peraturan perundang-undangan, dan tantangan kondisi sosial (Sustainable Development Goals) serta penerapan MEA, sehingga Sistem Kesehatan Kota Bandung yang baru mampu menyinergikan komponen-komponen yang terlibat dalam urusan kesehatan dalam sebuah sistem yang terintegrasi.
2. Peraturan Daerah Kota Bandung tentang Sistem kesehatan Kota Bandung yang akan dibentuk dijadikan sebagai:
 - a. acuan bagi Pemerintah Kota Bandung dalam menyusun dan merencanakan kebijakan bidang kesehatan.
 - b. pedoman dalam rangka meningkatkan kualitas pengelolaan kesehatan di tingkat kota dengan memperhatikan pembagian urusan pemerintahan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan
 - c. acuan dalam menata pembangunan kesehatan secara sinergis yang melibatkan semua komponen dengan mengutamakan Usaha Kesehatan Masyarakat tanpa mengesampingkan Usaha Kesehatan Perseorangan.
 - d. Ditujukan untuk memenuhi hak dan kebutuhan semua komponen dalam pembangunan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada masyarakat, pelaku, dan penyelenggara kesehatan.
2. Materi muatan yang diatur dalam sistem kesehatan Kota Bandung meliputi seluruh subsistem pembangunan kesehatan, antara lain; upaya kesehatan; sumber daya manusia kesehatan; pemberdayaan masyarakat; sediaan farmasi; alat kesehatan; dan makanan; manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan;

penelitian dan pengembangan kesehatan; dan pembiayaan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Perundang-Undangan

- Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3237).
- Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 165 Tahun 1999, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3886).
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 116 Tahun 2004, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431).
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456).
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723).
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038).
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 144 Tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072).
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 153 Tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072).
- 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).
- Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2012 Tentang Pangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 227, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5360r).

- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 116 Tahun 2011, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5256).
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2013 Tentang Administrasi Kependudukan. (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5475).
- Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5571).
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), Sebagaimana Telah Diubah Beberapa Kali, Terakhir Dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679).
- Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Terhadap Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 297).
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607).
- Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Pedoman Pelaksanaan Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan.
- Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 Tentang Pengamanan Sediaan Farmasi Dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781).
- Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Keamanan Mutu Dan Gizi Pangan. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 107).
- 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).
- Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044).

- Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Susu Ibu Eksklusif. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 58).
- Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193).
- Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542).
- Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184).
- Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Limbah Berbahaya Dan Beracun. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 333).
- Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 369).
- Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 Tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295).
- Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5942).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1109 Tahun 2007 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer Alternatif Di Fasilitas Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1190 Tahun 2010 Tentang Izin Edar Alat Kesehatan Dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 400).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Nomor 122 Tahun 2012).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan Aids. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelaksanaan Dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1318).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2014 Tentang Pembinaan, Pengawasan, Dan Perizinan Pekerjaan Tukang

- Gigi (Berita Negara Republik Indonesia Nomor 1098 Tahun 2014).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Nomor 1676 Tahun 2014).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Nomor Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 135).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2015 Tentang Pengujian Dan Kalibrasi Alat Kesehatan. (Berita Negara Republik Indonesia 2015 Nomor 1197).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (Berita Negara Republik Indonesia Nomor 1775 Tahun 2015).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 91 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (Berita Negara Republik Indonesia Nomor 802 Tahun 2016).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1223).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Penyakit Akibat Kerja. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1750).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2017. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 2109).
- Peraturan Kepala BKKBN Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Pendayagunaan Tenaga Penyuluh Kependudukan, Keluarga Berencana Dan Pembangunan Keluarga Badan

- Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1232).
- Peraturan Kepala BPOM Nomor Hk.00.05.1.23.3516 Tahun 2009 Tentang Izin Edar Produk Obat, Obat Tradisional, Kosmetik, Suplemen Makanan Dan Makanan Bersumber, Mengandung, Dari Bahan Tertentu Dan Atau Mengandung Alkohol.
- Peraturan Kepala Bpom Nomor 27 Tahun 2013 Tentang Pengawasan Pemasukan Obat Dan Makanan Ke Dalam Wilayah Indonesia. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 738).
- Peraturan Kepala Bpom Nomor 14 Tahun 2014 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Di Lingkungan Bpom. (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1714).
- Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 Tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung (Berita Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009).
- Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 26 Tahun 2012 Tentang Pembentukan Peraturan Daerah (Lembaran Daerah Kota Bandung Tahun 2012 Nomor 26).
- Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 03 Tahun 2014 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2013-2018 (Lembaran Daerah Kota Bandung Tahun 2014 Nomor 03, Noreg Peraturan Daerah Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat: 47/2014).

Buku

- Abrar. *Hukum Pertambangan*. Jogjakarta: UII Press, 2002.
- Asshiddiqie, Jimly. *Konstitusi & Konstitusionalisme Indonesia*. Jakarta: diterbitkan atas kerjasama Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia dan Pusat Studi Hukum Tata Negara Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2004.
- Departemen Pendidikan Nasional. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi Ketiga. Jakarta: Balai Pustaka, 2005.
- Friedmann, W. *The State and The Rule of Law in A Mixed Economy*. London: Stevens and Sons, 1997.
- Iver, Mac. *The Modern State*. London: Oxford University Press, 1950.
- Kelsen, Hans. *General Theory of Law and State*. New York: Russel & Russel, 1973.
- Manan, Bagir. *Politik Perundang-Undangan dalam Rangka Mengantisipasi Liberalisme Perekonomian*. Bandar Lampung: FH. UNILA, 1996.
- World Health Organization. *Monitoring The Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneve, Switzerland: WHO Document Production Services, 2010.
- Yamin, Muhamad. *Proklamasi dan Konstitusi Republik Indonesia*. Djakarta/Amsterdam: Penerbit Djambatan, 1951.

- Marzuki, Peter Mahmud. *Penelitian Hukum*. Jakarta: Penerbit Kencana, 2009.
- Muslimin, Amrah. *Beberapa Asas-Asas dan Pengertian-Pengertian Pokok tentang Administrasi dan Hukum Administrasi*. Bandung: Alumni, 1982.
- Nasution, Johan Bahder. *Hukum Kesehatan: Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: Rineka Cipta, 2013.
- Panjaitan, Marojahan JS. *Pembentukan & Perubahan Undang-Undang Berdasarkan UUD 1945*. Bandung: Pustaka Reka Cipta, 2017.
- Prodjodikoro, Wrijono. *Asas-Asas Hukum Tata Negara dan Rakyat*. Jakarta: tanpa penerbit, 1983.
- Rahardjo, Satjipto. *Ilmu Hukum*. Cet. Kedelapan. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti, 2014.

Disertasi

- Astawa, I Gde Pantja. *Hak Angket dalam Sistem Ketatanegaraan Indonesia Menurut Undang-Undang Dasar 1945*. Disertasi pada Program Pascasarjana Universitas Padjajaran. Bandung: UNPAD, 2000.

Jurnal dan Makalah

- Armia, Muhammad Siddiq. "Eksekutif Review Terhadap Perda Retribusi di Daerah Otonomi Khusus." *Jurnal Rechtsvinding BPHN Vol. 5 No. 2* (Agustus 2016).
- Manan, Bagir. *Peranan Hukum dalam Pergeseran Nilai Sosial Budaya Masyarakat Memasuki Era Reformasi*. Makalah pada FISIP UNPAD. Bandung: UNPAD, 1999.
- Ronald, M. M Goni. "Kewenangan Gubernur dalam Pembentukan Peraturan Daerah sebagai Implementasi Pemberlakuan Otonomi Daerah." *Jurnal Lex Administratum UNILA Vol. III No. 4* (Juni 2015).

Sumber Lain

- Bagian Hukum dan HAM Sekretariat Daerah Kota Bandung. *Pengaruh Perkembangan Peraturan Perundang-Undangan di Bidang Kesehatan terhadap Peraturan Daerah Kota Bandung Nomor 10 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kota Bandung*. Bandung: Bagian Hukum dan HAM Sekretariat Daerah Kota Bandung, 2016.
- Data Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut Menurut Jenis Kelamin, Kecamatan, dan Puskesmas Kota Bandung Tahun 2017 dari bagian Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.

- Data Laporan Pemantauan Status Gizi (BB/U) Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kota Bandung Tahun 2017 dan Tahun 2016 Hasil Bulan Penimbangan Balita Bulan Agustus 2017 dan 2016 dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.
- Data Rekapitulasi Hasil Pendataan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga, Kadarzi, dan Kematian Wanita Usia Subur (WUS) dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.
- Data Sasaran Penduduk dan Ausrem Tahun 2018 dari Bagian Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.
- Dinas Kesehatan Kota Bandung. *Profil Kesehatan Kota Bandung Tahun 2016*. Bandung: Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2016).
- Dwi Purwanto. "Apa itu OLTP,ETL, OLAP danDataWarehouse?". <https://www.kompasiana.com/dhepe/552e1db26ea834f73d8b45b7/apa-itu-oltp-etl-olap-dan-%20datawarehouse>.Diakses 19 September 2018.
- Humas Bandung, "Hidup Bersih dan Sehat Mampu Tingkatkan Kesehatan 35 Persen." <http://humas.bandung.go.id/humas/berita/2018-04-23/hidup-bersih-dan-sehat-mampu-tingkatkan-kesehatan->. Diakses 26 September 2018.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. "Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*."
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. "Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/ MENKES/52/2015 tentang *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*."
- Kementerian Kesehatan. "SIKDA GENERIK".www.depkes.go.id/article/view/13010200022/sikda-generik.html.Diakses 19 September 2018.
- Kementrian Hukum dan HAM. Kementrian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementrian Dalam Negeri. "Parameter Kesetaraan Gender Dalam Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan". www.kemenppa.go.id. Diakses 27 September 2018.
- Laporan Pemantauan Status Gizi (BB/U) Berdasarkan Kelamin di Wilayah Kota Bandung Tahun 2017 dan Tahun 2016 Hasil Bulan Penimbangan Balita Bulan Agustus Tahun 2017 dan Tahun 2016 dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi.
- Palang Merah Indonesia Kota Bandung. *Laporan Tahunan Unit Transfusi Darah 2017*. Bandung: PMI Kota Bandung, 2017.

Rekapitulasi Hasil Pendataan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga, Kadarzi & Kematian Wanita Usia Subur (WUS) Tahun 2017 dari Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Sekretariat Pembangunan Kesehatan Pasca-2015 Kementerian Kesehatan RI. *Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs)*. Rakorpop Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: 2015.

Siswanto. "Peran Riset di Bidang Sistem dan Kebijakan Kesehatan dalam Pembangunan Kesehatan." *Majalah Kedokteran Indonesia Vol. 57 No. 3* (Maret 2007).

Wikipedia. "Tujuan Pembangunan Milenium," https://id.wikipedia.org/wiki/Tujuan_Pembangunan_Milenium#_Menanggulangi_kemiskinan_dan_kelaparan. Diakses 5 Agustus 201

