

NASKAH AKADEMIK

RANCANGAN PERATURAN DAERAH SISTEM KESEHATAN PROVINSI BALI

Disusun oleh:

dr. Pande Putu Januraga, M.Kes, DrPH

Dinar Lubis, S.KM, MPH, PhD

dr. Ni Made Sri Nopiyani, MPH

Putu Ayu Indrayathi, SE, MPH

I Nyoman Bagiastra, SH, MH

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	2
Bab I. Pendahuluan	5
I.A Latar belakang	5
I.B Identifikasi masalah kesehatan di Bali.....	6
I.B.1 Derajat kesehatan masyarakat Bali	6
I.B.2 Identifikasi masalah pelayanan kesehatan di Bali	29
I.B.3 Identifikasi masalah SDM kesehatan di Bali	45
I.B.4 Identifikasi masalah pembiayaan kesehatan di Bali	48
I.B.5 Identifikasi masalah kesehatan terkait pariwisata di Bali	49
I.B.6 Studi kasus masalah rabies, DBD dan HIV-AIDS yang terkait dengan industri pariwisata di Bali	54
I.D Tujuan dan kegunaan naskah akademik	60
Bab 2 Kajian Teoritis dan Empirik	63
II.A Pembangunan kesehatan, peran pemerintah daerah dalam mencapai SPM dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	63
II.B Analisis SWOT pembangunan kesehatan di Bali dan perlunya pengembangan sistem kesehatan daerah Provinsi Bali.....	72
II.C Asas-asas pembentukan peraturan daerah SKD Provinsi Bali	78
II.D Kajian empiris penerapan SKD di tingkat daerah	88

II.D.1 Implementasi SKD terhadap berbagai subsistem kesehatan di daerah	94
II.D.2 Implementasi pada bidang pembiayaan	95
II.D.3 Peningkatan fungsi organisasi dinas kesehatan.....	96
II.D.4 Peningkatan fungsi regulasi (<i>stewardship</i>)	97
II.D.5 Manfaat penerapan SKD	98
II.D.6 Pertumbuhan sumber sumber pendapatan pembangunan kesehatan di daerah.....	100
II.D.7 Implikasi Perda SKD di Bali	100
Bab 3 Evaluasi dan Analisis Peraturan Perundang-undangan terkait.....	106
III.A Kondisi Peraturan Perundang-Undangan yang Mengatur Mengenai Sistem Kesehatan Daerah (SKD).....	106
III.B Posisi Peraturan Daerah Tentang Sistem Kesehatan Daerah (SKD)	109
Bab 4 Landasan filosofis, yuridis dan sosiologis.....	113
IV.A Kajian Secara Teoritis Landasan Filosofis, Landasan Sosiologis, dan Landasan Yuridis	113
IV.B Relevansinya dengan Pengaturan Sistem Kesehatan Daerah (SKD) di Provinsi Bali.....	122
Bab 5 Jangkauan, Arah Pengaturan dan Ruang Lingkup Perda SKD Provinsi Bali .	128
V.A Jangkauan.....	128
V.B Arah Pengaturan.....	128
V.C Ruang Lingkup Materi Muatan	128
Bab 6 Penutup.....	132

VI.A Kesimpulan	132
VI.B Saran	132
Daftar Rujukan.....	133

Bab I. Pendahuluan

I.A Latar belakang

Upaya untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan tidak hanya mensyaratkan kebijakan atau program yang *cost-effective*, melainkan juga kapasitas sistem kesehatan yang adekuat. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN) mengatur penyelenggaraan pembangunan kesehatan oleh pemerintah dan segenap komponen Bangsa Indonesia untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pasal 2 ayat (2) dalam Peraturan Presiden tersebut mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang baik di pusat maupun di daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Pasal tersebut secara yuridis berarti bahwa pembangunan kesehatan di daerah perlu memiliki acuan atau pedoman yang sesuai dengan kondisi spesifik, kebutuhan dan permasalahan kesehatan di masing-masing daerah. Dengan kata lain, daerah perlu memiliki Sistem Kesehatan Daerah (SKD).

Di tengah berbagai pencapaian pembangunan kesehatan di Provinsi Bali, masih dijumpai beberapa permasalahan terkait masalah penyakit menular, penyakit tidak menular (termasuk gizi buruk dan kurang) serta *neglected diseases*. Kesenjangan kapasitas fiskal dan sumber daya manusia antar wilayah Kabupaten/Kota berimplikasi terhadap ketertinggalan beberapa daerah di Bali dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Pembiayaan pelayanan kesehatan pada era Jaminan Kesehatan Nasional

juga belum membawa perubahan yang berarti bagi penyelenggaraan upaya promotif dan preventif. Kondisi sosial struktural masyarakat turut berkontribusi terhadap kurang optimalnya partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan. Hambatan dan tantangan tersebut mengindikasikan diperlukannya upaya penguatan sistem kesehatan di Provinsi Bali.

Hal penting lain yang mendorong diperlukannya penguatan sistem kesehatan daerah Bali adalah belum optimalnya pemanfaatan potensi lokal yaitu kearifan budaya dan sektor pariwisata dalam pembangunan kesehatan. Di samping merupakan potensi, faktor nilai dan budaya lokal serta perkembangan industri pariwisata juga merupakan kontributor dari berbagai masalah kesehatan yang memerlukan intervensi strategis dari pilar-pilar sistem kesehatan, misalnya saja dari sisi pengembangan SDM kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masalah kesehatan yang dihadapi industri pariwisata di Bali.

Langkah awal yang dapat ditempuh dalam penguatan sistem kesehatan adalah dengan mengupayakan terbentuknya regulasi sebagai payung hukum dalam penyelenggaraan Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) Bali. Pengusulan regulasi perlu didasari oleh tinjauan yang komprehensif dan objektif yang dikemas dalam bentuk Naskah Akademik.

I.B Identifikasi masalah kesehatan di Bali

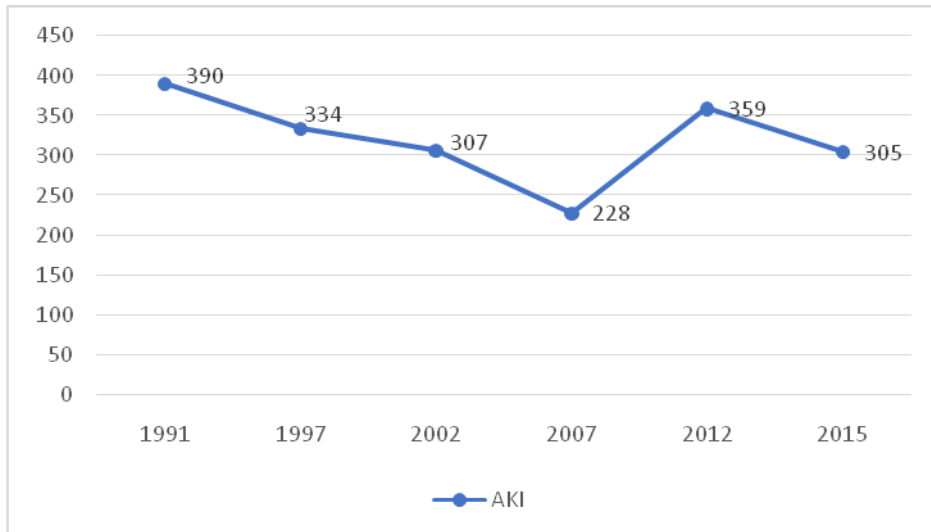
I.B.1 Derajat kesehatan masyarakat Bali

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Provinsi Bali pada tahun 2017 berada di atas IPM nasional (BPS, 2018; BPS Provinsi Bali, 2017). Begitu juga dengan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), dimana terdapat peningkatan dari

tahun 2007 sampai laporan terakhir tahun 2013, bahkan Kota Denpasar meraih peringkat pertama diantara seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia, sementara Kabupaten Gianyar dan Badung meraih peringkat 4 dan 9, secara berurutan (Kemenkes, 2014a). Perubahan beban penyakit sejak tahun 1990 memperlihatkan transisi dari tingginya penyakit menular seperti Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA), Tuberkulosis, Diare dan lainnya, yang kemudian digantikan dengan meningkatnya penyakit tidak menular (PTM) seperti stroke, penyakit jantung iskemik, kanker serta diabetes melitus, termasuk kejadian kecelakaan lalu lintas yang peningkatannya sangat pesat pada tahun 2015 (Dinkes Bali, 2017).

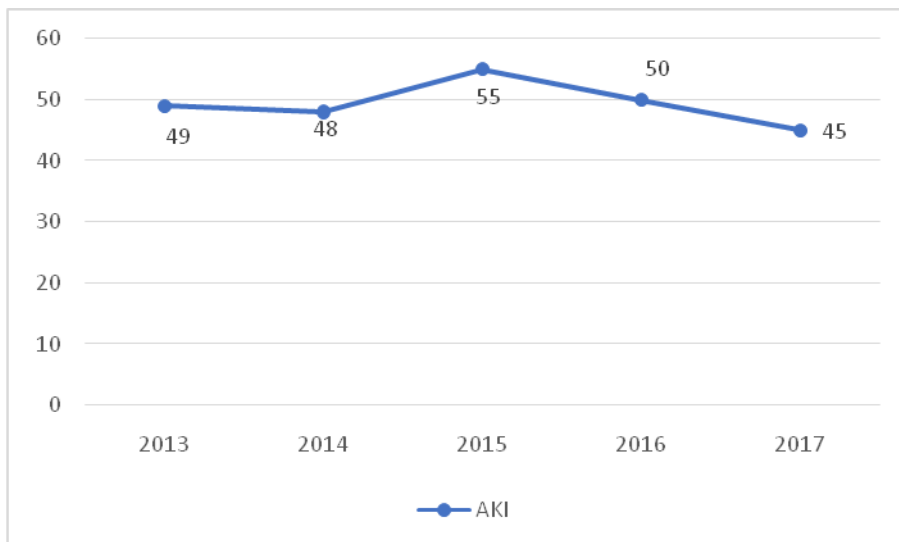
A. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB)

Setelah mengalami penurunan yang signifikan sejak pengukuran pertama tahun 1991 sampai dengan tahun 2007, secara nasional Angka Kematian Ibu (AKI) yang menjadi salah satu indikator pembangunan kesehatan yang diatur dalam RPJMN 2015-2019, akan tetapi pada tahun 2012 mengalami peningkatan yang sangat drastis, seperti yang terlihat dalam Gambar 1 di atas (Kemenkes, 2014b). Data terkini tahun 2015, berdasarkan hasil Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS), memperlihatkan adanya penurunan AKI yaitu menjadi 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup (BPS, 2015).

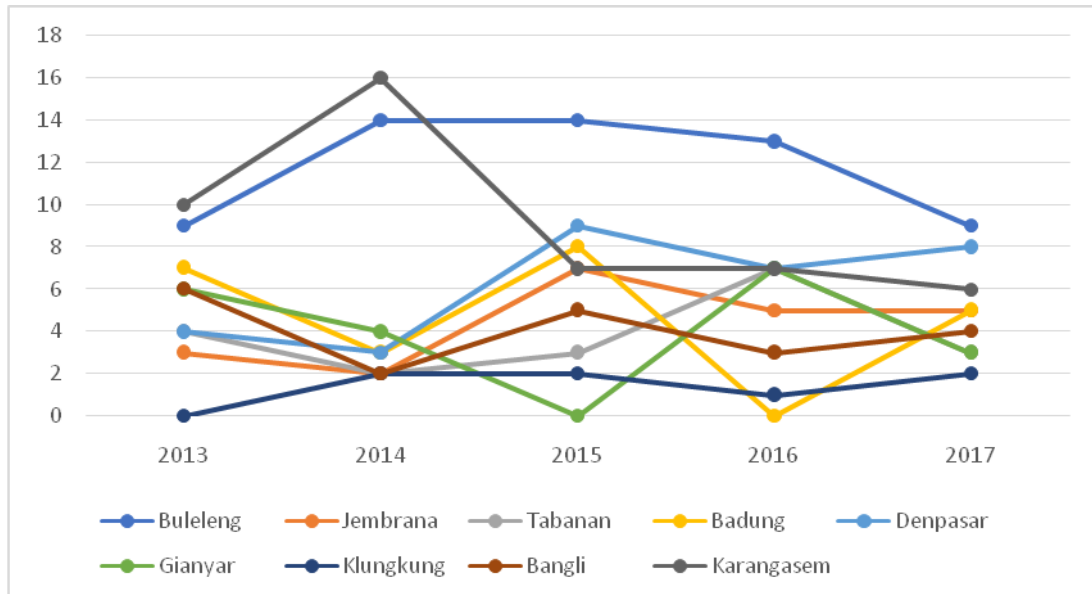


Gambar 1. Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 1991-2015 di Indonesia

Di Provinsi Bali AKI sudah lebih rendah dari pencapaian nasional. Seperti yang tergambar dalam Gambar 2, walaupun sempat mengalami peningkatan pada tahun 2015, namun padatahun 2016 dan 2017 sudah mengalami penurunan yang signifikan.



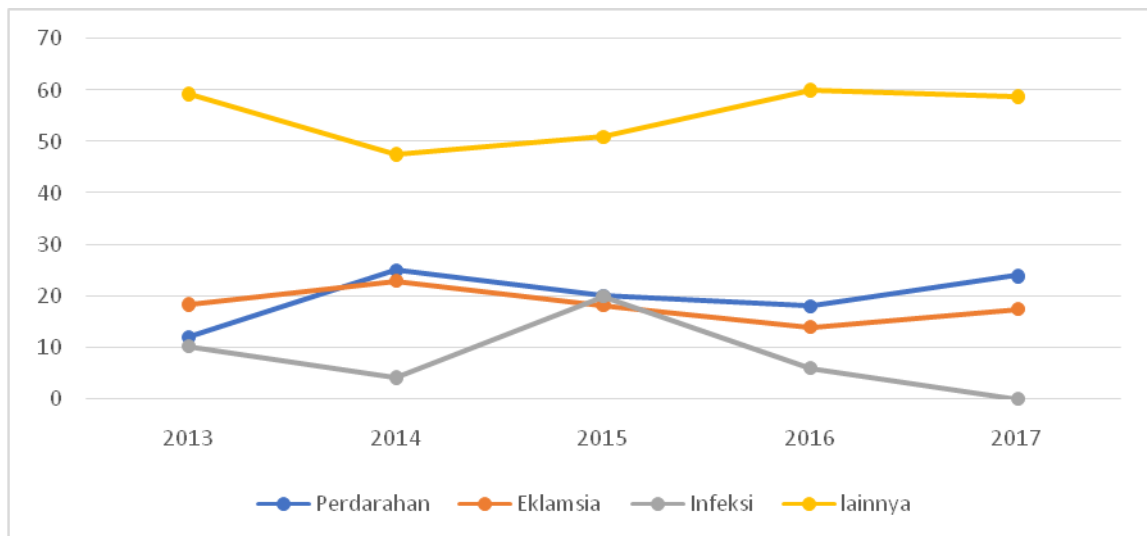
Gambar 2. Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 2013-2017 di Provinsi Bali



Gambar 3. Angka Kematian Ibu (AKI) Tahun 2013-2017 di Provinsi Bali berdasarkan Kabupaten dan Kota

Berdasarkan Kabupaten dan Kota, terdapat beberapa yang mengalami penurunan dan peningkatan AKI, seperti yang terlihat dalam Gambar 3. Walaupun terus mengalami penurunan, Kabupaten Buleleng masih memiliki AKI yang terbesar dibandingkan Kabupaten dan Kota lainnya, sedangkan Kabupaten Badung, yang paling terlihat mengalami fluktuasi AKI yang cukup ekstrim.

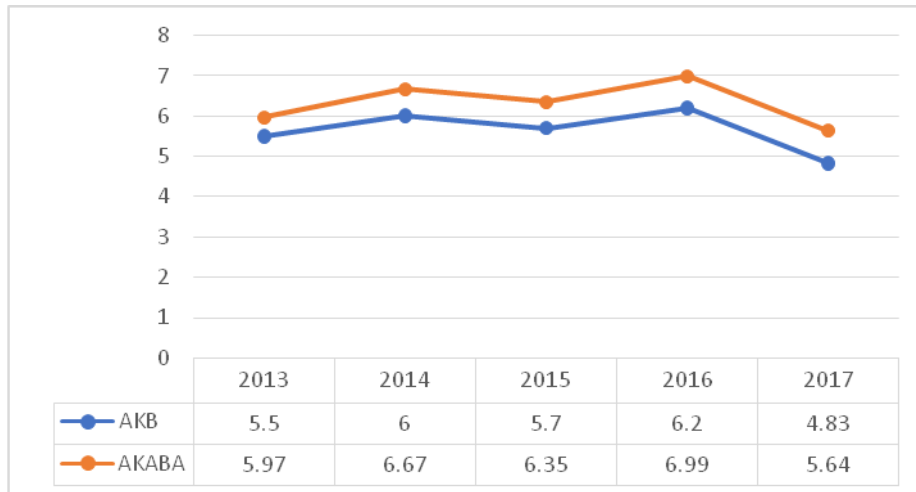
Berdasarkan hasil Audit Maternal dan Perinatal (AMP) di Provinsi Bali, tren penyebab kematian ibu diperlihatkan pada Gambar 4. Terlihat bahwa kematian ibu akibat infeksi cenderung dapat dicegah sehingga terjadi penurunan yang signifikan sampai tahun 2017. Berbeda dengan kematian akibat eklamsia dan perdarahan yang cenderung sedikit meningkat di tahun 2017 dibandingkan tahun sebelumnya. Kasus perdarahan terjadi di fasilitas kesehatan pada umumnya terjadi pada fase setelah bayi lahir, dimana kondisi yang paling sulit untuk ditangani adalah kasus plasenta previa atau plasenta akreta.



Gambar 4. Kematian Ibu di Provinsi Bali Tahun 2013-2017 berdasarkan Sebab Kematian

Penyebab kematian ibu paling tinggi adalah penyebab yang sifatnya non-obstetri. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih rendahnya derajat kesehatan ibu saat mengalami kehamilan serta persalinan. Berdasarkan hal tersebut peningkatan gizi ibu hamil bahkan wanita secara umum pada fase pra-konsepsi menjadi strategi yang efektif untuk mencegah tingginya kematian ibu yang disebabkan oleh faktor gizi dan nutrisi ibu saat hamil, persalinan dan masa nifas.

Selain AKI, Angka Kematian Bayi (AKB) serta Angka Kematian Balita (AKABA) juga menjadi indikator dalam pembangunan kesehatan. Di Provinsi Bali, tren AKB dan AKABA dapat dikatakan cukup fluktuatif, namun menunjukkan kecenderungan penurunan di tahun 2017, seperti yang terlihat pada Gambar 5. Dapat dikatakan bahwa capaian AKB dan AKABA Provinsi Bali sudah cukup rendah bahkan lebih rendah dari target capaian yang tercantum dalam RPJMD Provinsi Bali tahun 2016 yaitu 10 kematian per 1.000 kelahiran hidup.



Gambar 5. Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita Provinsi Bali dari tahun 2013-2017

B. Masalah Gizi pada Bayi, Balita dan Remaja

Gizi merupakan aspek yang sangat penting dalam siklus kehidupan manusia untuk menjamin peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Beberapa permasalahan gizi pada pada suatu fase dalam siklus hidup manusia dapat berpengaruh pada fase kehidupan setelahnya. Salah satu masalah kekurangan gizi adalah adanya kasus Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil yang nantinya membawa dampak buruk pada baik ibu serta anaknya sehingga dapat meningkatkan AKI dan AKB.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, dalam skala nasional, kasus KEK pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) adalah sebesar 24,2% pada wanita hamil dan 20,8% pada wanita tidak hamil. Sementara itu prevalensi status gizi balita di Indonesia berdasarkan indikator berat badan dan tinggi badan, adalah sebesar 5,3% balita sangat kurus, 6,8% balita kurus dan 11,8 balita gemuk (Kemenkes, 2013).

Berdasarkan hal tersebut, salah satu strategi yang dilaksanakan oleh pemerintah adalah mulai menggalakkan pemberian asi eksklusif serta inisiasi menyusui dini (IMD) di setiap fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan persalinan. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, menunjukkan bahwa di Indonesia hanya sebesar 52% anak usia dibawah 6 bulan yang mendapat ASI secara eksklusif, dengan median lama pemberian adalah 3 bulan. Sementara itu, diantara anak usia dibawah 2 tahun, hanya 57% yang mendapatkan ASI dalam 1 jam pertama setelah dilahirkan dan hanya sekitar 60-61% yang diberikan kontak dengan kulit ibu serta diletakkan di dada ibu segera setelah dilahirkan (BKKBN, 2018).

Di Provinsi Bali, berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, kasus KEK pada WUS lebih rendah dari pada kasus secara nasional, yaitu 10,1% pada wanita hamil dan 14% pada wanita yang tidak hamil. Begitu juga untuk prevalensi status balita, yang mana lebih rendah dari kasus nasional, kecuali untuk kasus balita gemuk. Data prevalensi status gizi balita di Provinsi bali yaitu 3,4% balita sangat kurus, 5,4 balita kurus serta 12,65 balita gemuk (Kemenkes, 2013).

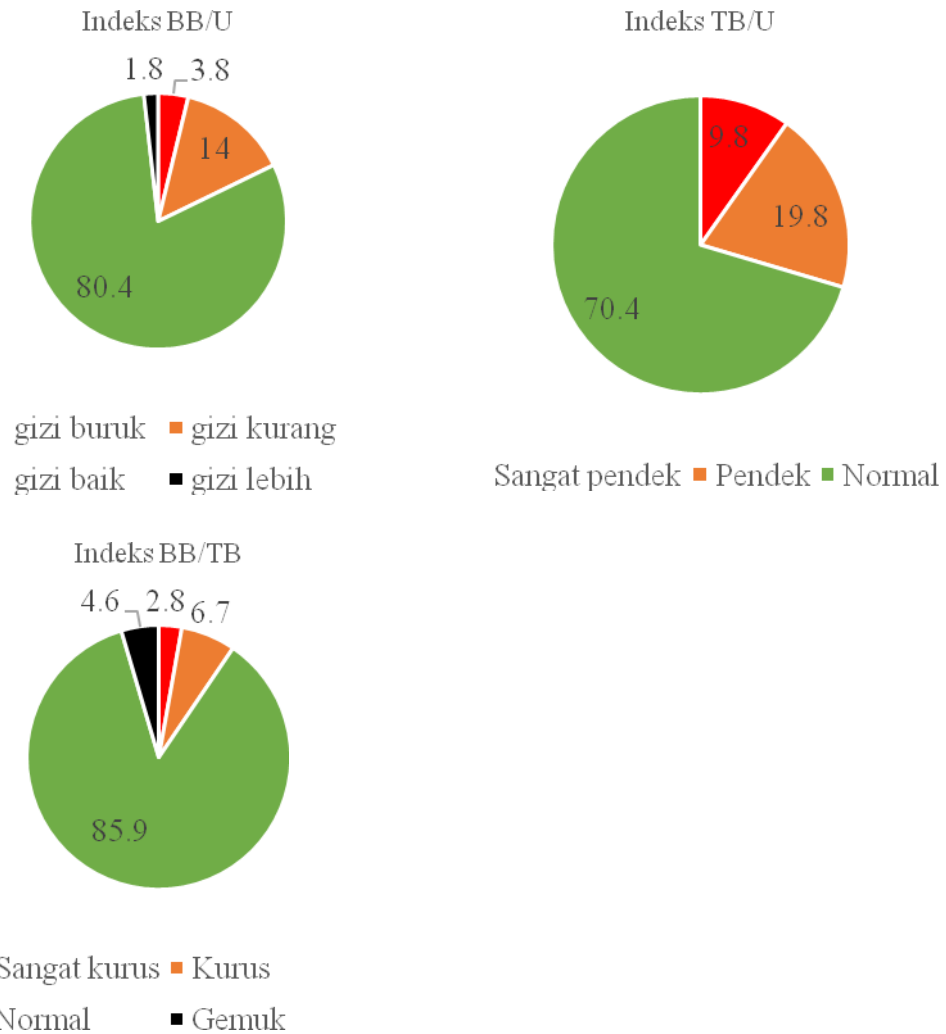
Akan tetapi, pemberian ASI eksklusif pada anak dalam rentang 1 jam setelah dilahirkan, persentasenya lebih rendah dari nasional, yaitu hanya sebesar 42,6%, dengan median lama pemberian adalah 3,4 bulan. Sementara itu, persentase lebih rendah dari nasional juga terlihat pada usaha memberikan kontak kulit antara bayi dan ibunya serta peletakan bayi di atas dada ibu segera setelah dilahirkan, yaitu 48,2% dan 50,6%, secara berurutan (BKKBN Provinsi Bali, 2018).

Tabel 1. Jumlah Kasus Balita Gizi Buruk di Provinsi Bali

Kabupaten/Kota	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buleleng	19	18	16	13	23	20
Jembrana	9	3	9	6	5	6
Tabanan	8	5	6	15	17	19
Badung	2	3	3	4	4	4
Denpasar	3	9	12	10	3	5
Gianyar	12	9	8	7	6	15
Klungkung	7	7	7	12	9	15
Bangli	3	4	6	4	4	5
Karangasem	23	29	29	28	30	17
Bali	86	87	96	99	101	106

Berdasarkan Tabel 1, terlihat bahwa kasus balita gizi buruk (BB/TB <-3 SD) di Provinsi Bali selalu mengalami peningkatan setiap tahunnya. Apabila diperhatikan berdasarkan kabupaten dan kota, Kabupaten Karangasem memiliki kasus balita gizi buruk paling banyak pada tahun 2016 kebelakang walaupun pada tahun 2017 mengalami penurunan yang signifikan dari tahun sebelumnya. Sementara itu Kabupaten Buleleng yang menjadi kabupaten yang paling banyak ditemukan kasus balita gizi buruknya pada tahun 2017, disusul oleh Kabupaten Tabanan, sedangkan Kabupaten Badung kasus balita gizi buruk yang ditemukan paling sedikit.

Sejak tahun 2014, pemerintah mengembangkan surveilans gizi berupa Pemantauan Status Gizi (PSG) di 34 Provinsi yang dijadikan alat untuk melakukan monitoring dan evaluasi program dan kebijakan di daerah.



Gambar 6. Status Gizi Balita di Indonesia tahun 2017 berdasarkan PSG

Berdasarkan PSG 2017 pada Gambar 6, persentase balita yang mengalami gizi kurang, pendek dan kurus dapat dikatakan cukup tinggi (Kemenkes, 2018b).

Tabel 2. Prevalensi Status Gizi Balita berdasarkan SPG tahun 2017

Kabupaten/Kota	Gizi Kurang (Underweight)			Kurus (Wasted)			Pendek (Stunted)			Masalah gizi
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	
Buleleng	12.2	8.8	14.4	7	3.8	8.9	25.3	24.2	29	Akut+kronis
Jembrana	11.8	13	12.8	5.4	6.8	12.9	25.5	23.1	25.2	Akut
Tabanan	9	5.9	7.7	2.8	5	6	19	15.8	16.2	Akut
Badung	4.7	2.6	7.4	5.6	4.3	7.8	13.6	11.5	14.8	Akut+kronis

Denpasar	8.2	7.4	3.5	6.1	5.5	3.8	18.4	16.1	9.5	-
Gianyar	7.9	6	7.7	7.4	4.7	5.5	15.8	13.6	22.5	Akut+kronis
Klungkung	8	12.2	5.2	5.5	8.9	3.9	13.1	20.3	16.3	Akut+kronis
Bangli	10.1	11.9	10.2	6.2	6	4.3	28.6	25.7	20.4	Akut+kronis
Karangasem	9.4	14.4	13.5	6.8	5.7	5.2	27.5	26.1	23.6	Akut+kronis
Bali	9	9.1	8.6	5.9	5.5	6.3	20.7	19.7	19.1	Akut

Berdasarkan Tabel 2 di atas, memperlihatkan bahwa status gizi balita di Provinsi Bali berdasarkan indeks BB/TB tahun 2017 mengalami sedikit penurunan, sedangkan berdasarkan indeks BB/U mengalami peningkatan serta indeks TB/U cenderung stagnan. Gizi kurang berdasarkan kabupaten dan kota pada tahun 2017 terlihat bahwa terjadi peningkatan di beberapa kabupaten, dimana peningkatan yang paling drastis terlihat di Kabupaten Buleleng. Sebaliknya, di Kota Denpasar terjadi penurunan hampir 2 kali lipat prevalensi gizi kurang di tahun 2017 dibandingkan tahun sebelumnya. Prevalensi kurus meningkat hampir 2 kali lipat di tahun 2017 ini terutama pada Kabupaten Buleleng, Jembrana dan Badung. Hanya Kota Denpasar dan Kabupaten Klungkung yang mengalami penurunan prevalensi balita kurus di tahun 2017. Prevalensi balita pendek di lebih dari setengah dari total keseluruhan kabupaten dan kota di Provinsi Bali mengalami peningkatan yang signifikan. Sebaliknya prevalensi balita pendek di Kota Denpasar mengalami penurunan yang cukup drastis. Indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U) memberikan indikasi masalah gizi secara umum karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Berat badan menurut umur rendah dapat disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis) atau menderita atau menderita penyakit infeksi (masalah gizi akut).

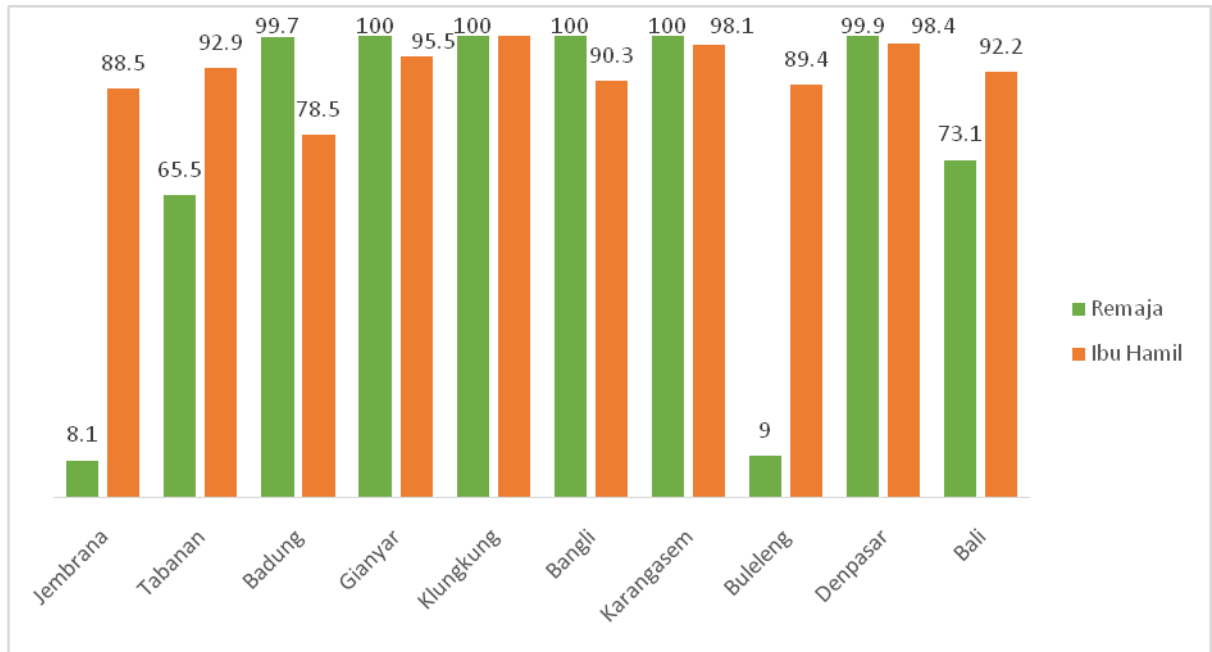
Suatu wilayah tergolong tidak ada masalah, akut, kronis serta akut kronis dengan kriteria sebagai berikut:

Tabel 3. Kriteria Permasalahan Gizi Masyarakat

Masalah Gizi Masyarakat	Prevalensi Pendek	Prevalensi Kurus
Tidak Ada Masalah	Kurang dari 20%	Kurang dari 5%
Akut	Kurang dari 20%	5% atau lebih
Kronis	20% atau lebih	Kurang dari 5%
Akut + Kronis	20% atau lebih	5% atau lebih

Berdasarkan Tabel 3 di atas Provinsi Bali tergolong memiliki masalah kesehatan akut yang artinya perlu lebih ditingkatkan serta dimaksimalkan kegiatan lintas program di sektor kesehatan, sedangkan untuk Kabupaten/Kota yang memiliki masalah akut dan kronis memerlukan upaya penyelesaian masalah kesehatan baik dari sektor kesehatan maupun dari sektor terkait seperti pekerjaan umum dan perumahan rakyat (PUPR), agama, pendidikan, sosial, pertanian, perikanan dan kelautan dan lain-lain. Sebagaimana kita ketahui, kontribusi sektor kesehatan hanya 30% mengatasi masalah kesehatan, sedangkan kontribusi lintas sektor sebesar 70% untuk mengatasi masalah kesehatan.

Selain ibu hamil, bayi dan balita, kelompok remaja juga menjadi perhatian terutama dalam isu kekurangan darah, atau anemia. Hal tersebut karena sudah terbukti bahwa setelah masa anak-anak, masa remaja merupakan masa dengan pertumbuhan yang cepat dan memerlukan asupan gizi yang berkualitas. Program pencegahan kasue anemia dilakukan dengan memberikan Tablet Tambah Darah (TTD) pada remaja putri, termasukjuga pada ibu hamil.



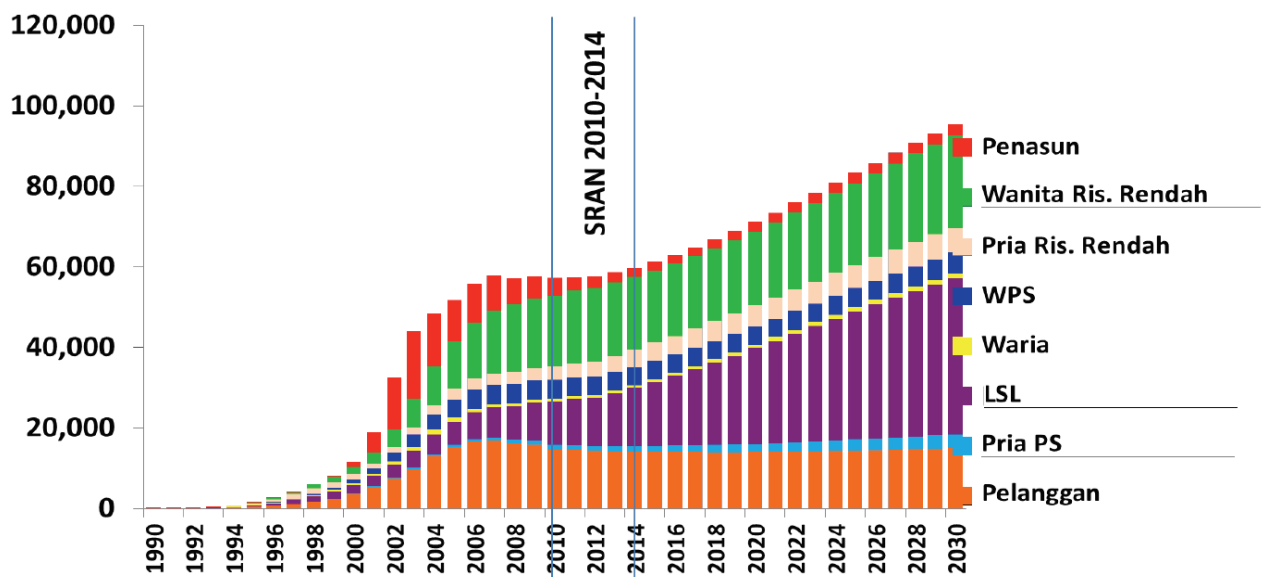
Gambar 7. Persentase remaja putri dan ibu hamil yang mendapatkan TTD tahun 2017 di Provinsi Bali

Berdasarkan Gambar 7, pelaksanaan program TTP pada remaja dan ibu hamil cukup terbilang berhasil, hanya saja pemberian TTD di Kabupaten Jembrana dan Buleleng yang masih perlu ditingkatkan. Selain itu, meskipun tidak lagi menjadi indikator sasaran kegiatan gizi tahun 2015-2019 oleh Kementerian Kesehatan RI, akan tetapi cakupan konsumsi garam beryodium di tingkat rumah tangga di Provinsi Bali tahun 2017 belum mencapai 80%, bahkan terdapat penurunan dibandingkan tahun sebelumnya. Hal tersebut kemungkinan besar dikarenakan faktor ketersediaan garam beryodium di masyarakat, selain juga lemahnya minat masyarakat menggunakan garam beryodium dalam konsumsi sehari-hari.

C. Masalah Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV

Sejak pertama kali ditemukan sampai dengan laporan terakhir pada September 2018, jumlah kasus HIV dan AIDS yang ditemukan mencapai 19.683 kasus, dimana

persentase terbesar ada pada kelompok usia 20-29 tahun. Distribusi HIV dan AIDS paling banyak ditemukan di Kota Denpasar (39,53%) serta Kabupaten Badung (16,17%). Berdasarkan faktor risikonya, terdapat beberapa kelompok atau populasi yang memiliki prevalensi HIV dan AIDS yang tinggi, dimana populasi tersebut dikenal dengan nama populasi kunci. Berdasarkan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2015-2019, di proyeksikan infeksi baru HIV sampai dengan tahun 2030, seperti yang terlihat pada Gambar 8.



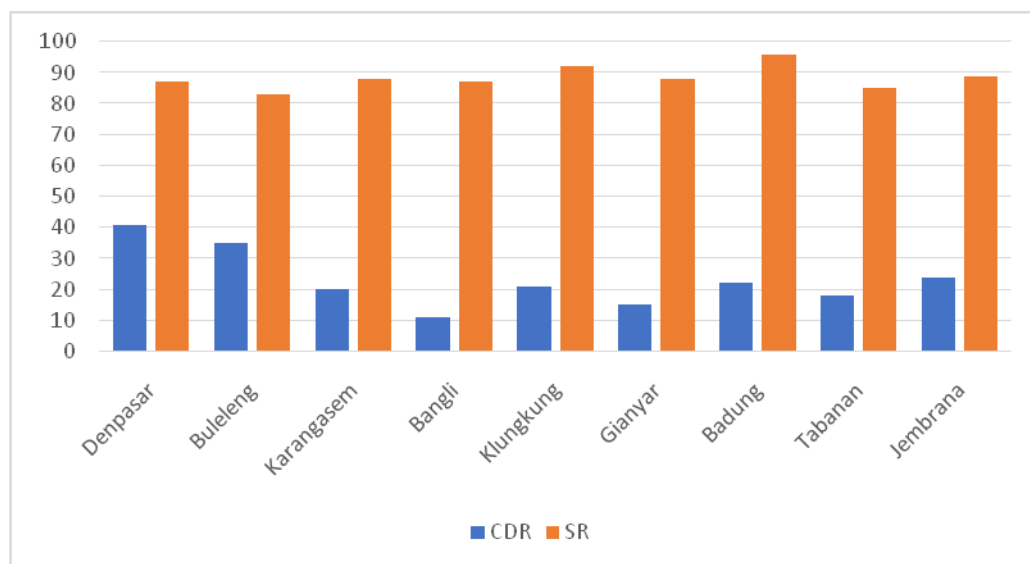
Gambar 8. Proyeksi Jumlah Infeksi Baru HIV di Wilayah Non Papua tanpa Intervensi sesudah 2013 sampai dengan tahun 2030

Gambar 8 menunjukkan bahwa terdapat setidaknya tiga populasi kunci yang memiliki kecenderungan untuk mendapatkan infeksi baru yang tinggi sampai tahun 2030. Salah satunya adalah kelompok wanita berisiko rendah atau para ibu rumah tangga. Kebanyakan dari mereka mendapatkan infeksi HIV dari suami mereka yang merupakan pelanggan pekerja seks. Selain itu, infeksi baru HIV juga akan semakin meningkat di populasi Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki lainnya

(LSL), yang juga memiliki potensi untuk berhubungan seksual dengan wanita, karena banyak dari mereka yang berumah tangga (KPAN, 2015).

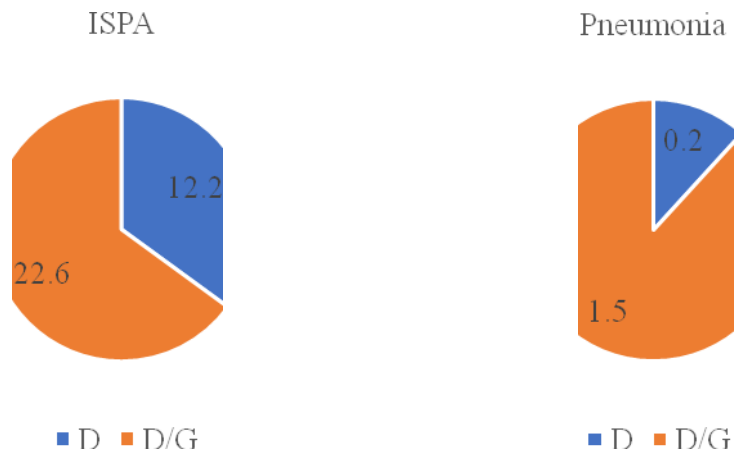
D. Masalah Penyakit TB dan Penyakit Paru Lainnya

Dalam pengendalian penyakit TB terdapat dua indikator yang digunakan yaitu Case Detection Rate (CDR) dan keberhasilan pengobatan atau Success Rate (SR). Di Provinsi Bali pada tahun 2017 target yang harus tercapai adalah 30%, akan tetapi yang baru bisa di capai hanya 27%. Sementara itu, untuk indikator SR hanya tercapai 88% dari target 90% di tahun 2017. Pencapaian CDR dan SR berdasarkan kabupaten dan kota ditampilkan pada Gambar 9 di bawah.



Gambar 9. Pencapaian CDR dan SR di Provinsi Bali Tahun 2017

Terkait dengan penyakit paru lainnya seperti ISPA dan Pneumonia, berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, *period prevalence* Provinsi Bali sudah lebih rendah dari prevalensi nasional seperti yang tergambar dalam Gambar 10 di bawah.

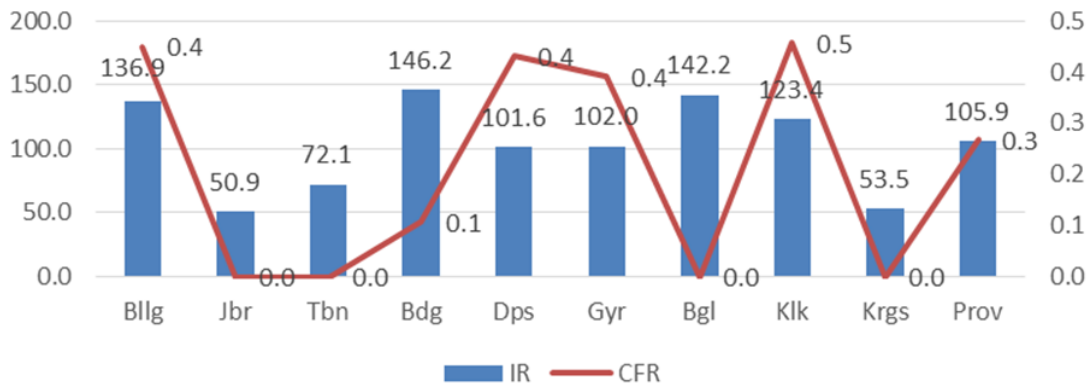


Gambar 10. Period Prevalence ISPA dan Pneumonia di Provinsi Bali

E. Masalah Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Malaria

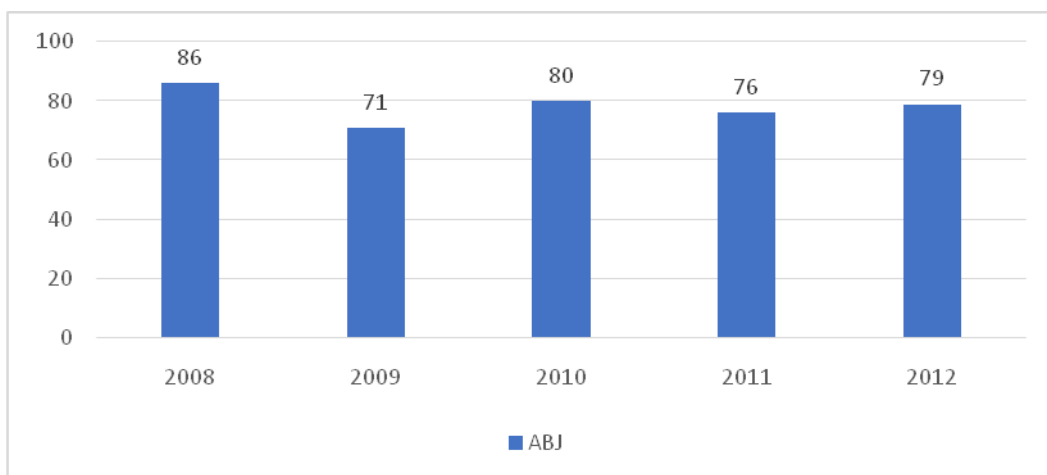
Provinsi Bali sebagai barometer pariwisata di Indonesia memiliki kerentanan terhadap penyebaran penyakit baik dari luar Bali yang masuk ke Bali, maupun penyakit endemis Bali yang menular ke wisatawan asing. Penyakit endemis yang masih menjadi permasalahan di Bali yang juga memiliki kemungkinan untuk menular ke para wisatawan adalah penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) serta Malaria.

Secara umum kasus DBD di Provinsi Bali selalu mengalami fluktuasi dan angka kesakitannya atau insidennya cenderung selalu tidak mencapai target nasional yang ditetapkan yaitu 49 per 100.000 penduduk. Akan tetapi untuk kasus kematian atau Case Fatality Rate (CFR) akibat DBD sudah lebih rendah dari target nasional ($< 1\%$) yaitu sebesar 0,26% pada tahun 2017. Pencapaian Incidence Rate (IR) dan CFR berdasarkan kabupaten dan kota ditampilkan pada Gambar 11 di bawah.



Gambar 1. Incidence Rate dan CFR DBD berdasarkan Kabupaten dan Kota di Provinsi Bali

Salah satu pencegahan DBD yang dilaksanakan pemerintah adalah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Keberhasilan PSN ini dinilai dengan Angka Bebas Jentik (ABJ). Berdasarkan laporan tahun 2013 dari Kementerian Kesehatan mengenai situasi DBD di Indonesia, ABJ di Indonesia dari 2008 sampai 2012 cenderung fluktuatif, namun mengalami peningkatan dari tahun 2011 ke tahun 2012, seperti yang tergambar dalam Gambar 12 di bawah.



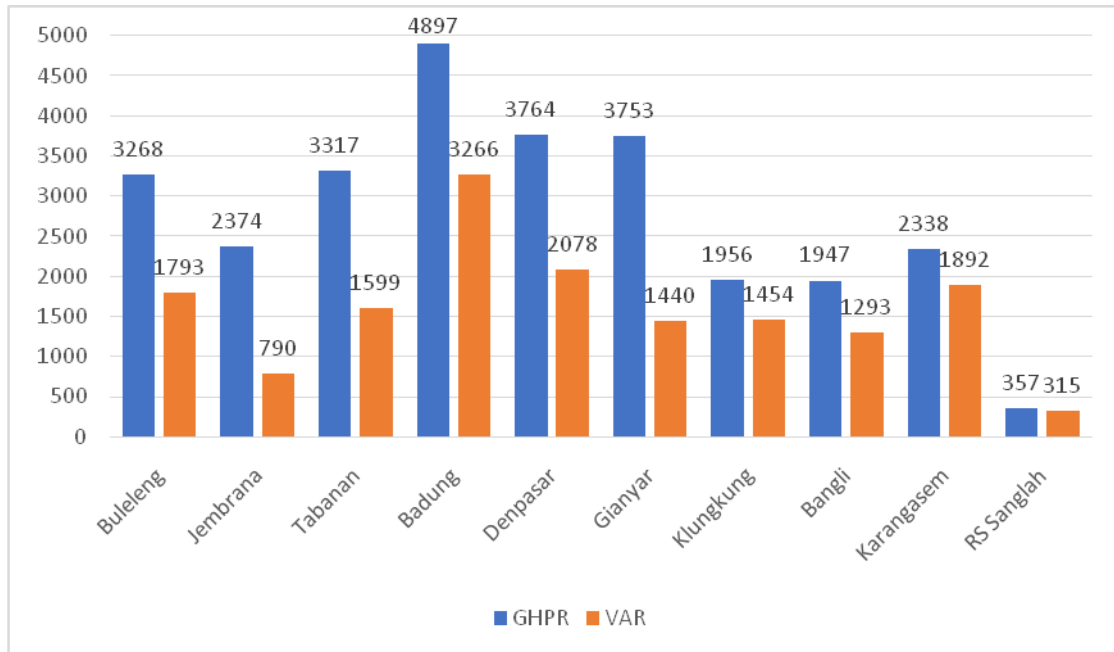
Gambar11. Angka Bebas Jentik di Indonesia

Akan tetapi, selama 5 tahun sesuai dengan Gambar 12, capaian ABJ di Indonesia belum memenuhi target (95%), selain itu pelaporan data ABJ belum mencakup seluruh wilayah kabupaten dan kota di Indonesia (Kemenkes, 2014c).

Untuk kasus Malaria, sejak tahun 2014, Provinsi Bali sudah berhasil mendapatkan sertifikat Eliminasi malaria, yang artinya tidak ada lagi penularan malaria setempat. Kasus malaria yang ditemukan sejak tahun 2012 sampai 2017 adalah kebanyakan kasus import atau yang datang dari luar Provinsi Bali.

F. Masalah Rabies

Salah satu penyakit zoonosis di Bali yang sebelumnya sudah dikatakan menghilang, namun kembali menjadi penyakit endemis, yaitu rabies. Sampai dengan tahun 2017, total kasus gigitan hewan penular rabies (GHPR) mencapai 27.971 kasus dengan rata-rata gigitan 78 kali per hari. Kasus GHPR terbanyak ditemukan di Kabupaten Gianyar, Denpasar dan Badung, yang merupakan destinasi wisatawan untuk berwisata maupun perjalanan lainnya (Dinkes Bali, 2017). Sejak pertama kali ditemukan tahun 2008 di Desa Ungasan, sampai dengan tahun 2018, sudah terjadi sebanyak 173 kasus kematian akibat rabies, atau dapat dikatakan CFR rabies adalah 100%, artinya belum ada pasien yang menunjukkan gejala klinis infeksi rabies yang bisa diselamatkan. Pemberian Vaksin Anti Rabies (VAR) merupakan salah satu pencegahan untuk kasus rabies.



Gambar 12. Kasus GHPR dan Capaian Pemberian VAR berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Bali Tahun 2013

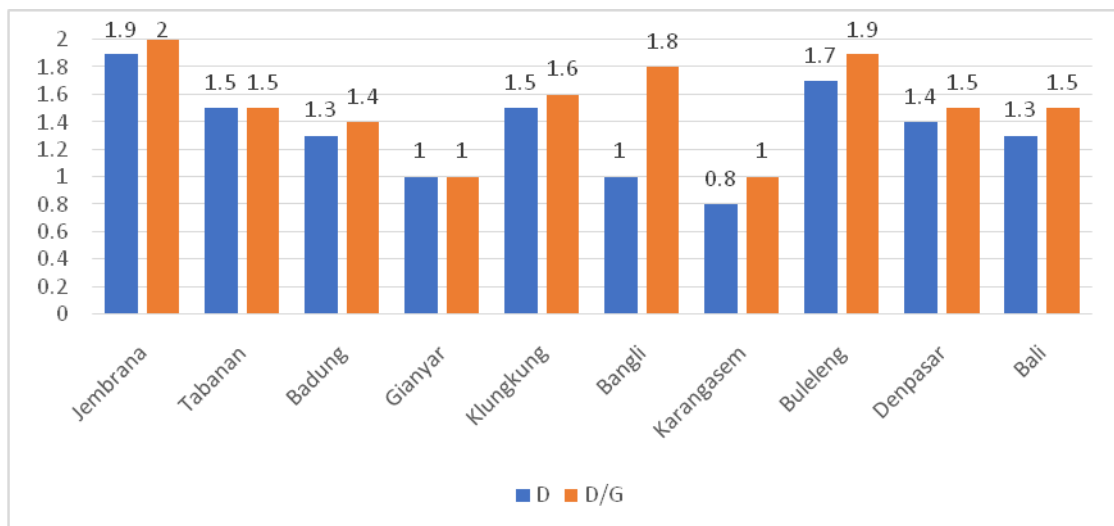
Capaian pemberian VAR tahun 2017 di seluruh Provinsi Bali adalah sebanyak 15.962. Kasus rabies di kalangan wisatawan terbilang jarang terjadi, namun kasus gigitan hewan cukup sering dilaporkan. Berdasarkan hal tersebut, pemberian pre-profilaksis vaksin anti rabies memang sangat diperlukan untuk wisatawan khususnya yang berencana berkunjung ke daerah endemis rabies seperti Thailand, Indonesia, Nepal, China dan India (Gautret et al., 2015). Pemberian vaksin tersebut harus diinisiasi oleh tenaga kesehatan yang didasarkan pada kekuatan vaksin, lama tinggal di negara tersebut, ketersediaan *post-exposure profilaksis*, serta potensi paparan terhadap GHPR (Dolan et al., 2014).

G. Masalah Penyakit Tidak Menular (PTM): Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Kanker

Situasi kesehatan di Indonesia saat ini mengalami *Triple Burden*, yaitu tidak hanya penyakit menular yang masih ada, namun penyakit tidak menular juga mulai

berkembang, disamping juga mulai muncul penyakit yang sifatnya *re-emerging infectious diseases* serta *new-emerging infectious diseases*. Penyakit tidak menular yang saat ini mulai berkembang erat dipengaruhi oleh perubahan lingkungan, perilaku masyarakat, transisi demografi serta perubahan sosial.

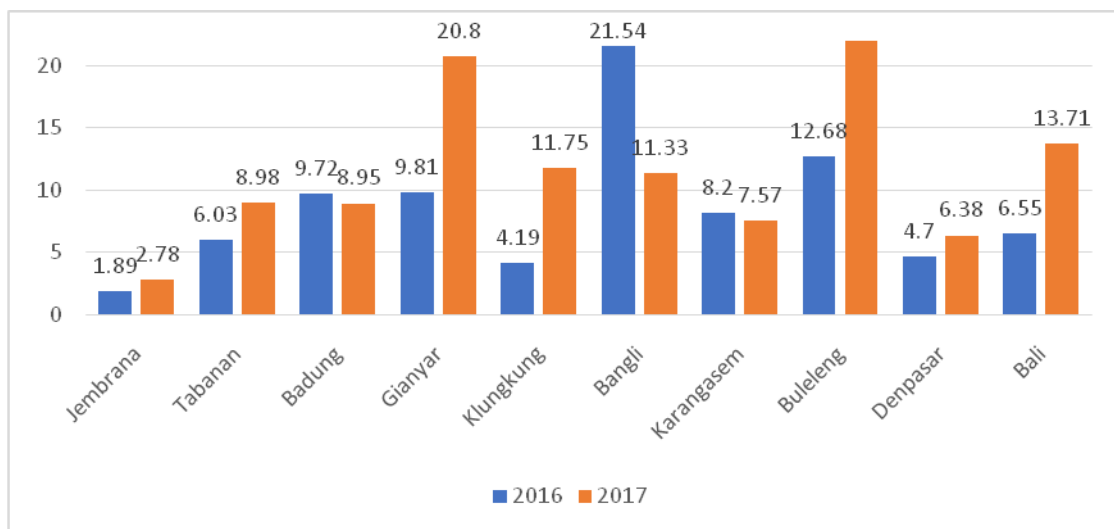
Beberapa penyakit tidak menular yang sering terjadi di masyarakat adalah penyakit diabetes mellitus (DM), hipertensi dan kanker. Berdasarkan laporan Riskerdas 2013, prevalensi penyakit DM di Provinsi Bali adalah sebagai berikut:



Gambar 13. Prevalensi DM berdasarkan Kabupaten dan Kota di Provinsi Bali tahun 2013

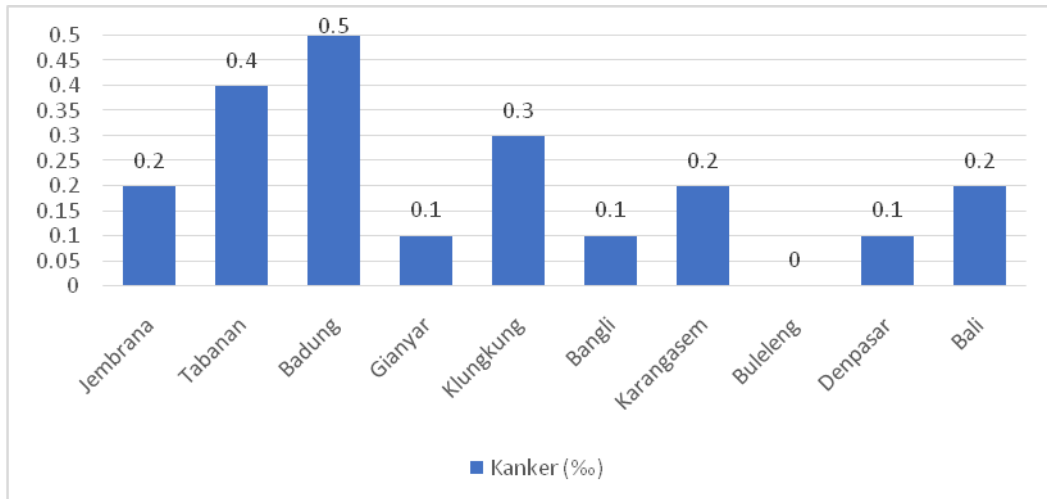
Berdasarkan Gambar 14 di atas, prevalensi DM baik yang sudah pernah didiagnosis (D), maupun yang sudah pernah didiagnosis dan yg belum pernah tapi sudah menunjukkan gejala-gejala DM (D/G), paling tinggi terdapat pada Kabupaten Jembrana, sedangkan Kabupaten Karangasem yang paling rendah (Kemenkes, 2013).

Sementara itu, prevalensi hipertensi di Provinsi Bali berdasarkan profil kesehatan tahun 2016 dan 2017 cenderung mengalami peningkatan hampir dua kali lipat, seperti yang ditampilkan pada Gambar 15. Selain itu sebagian besar kabupaten dan kota di provinsi Bali juga mengalami peningkatan untuk prevalensi hipertensi dari tahun 2016 ke 2017.



Gambar 14. Prevalensi Hipertensi berdasarkan Kabupaten dan Kota di Provinsi Bali

Terkait penyakit tidak menular lainnya yaitu kanker, di Provinsi Bali berdasarkan laporan Riskesdas 2013, prevalensi kanker sebesar 0,2%. Sementara itu, persentase cakupan deteksi dini kanker serviks dan payudara di Provinsi Bali adalah sebesar 24.97%, hampir 3 kali lipat lebih besar dari pada cakupan nasional, dan menjadi provinsi peringkat kedua. Berdasarkan kota dan Kabupaten, seperti yang terlihat dalam Gambar 16, prevalensi kanker tertinggi berada pada Kabupaten Badung dan Tabanan, sedangkan prevalensi kanker tidak terdeteksi di Kabupaten Buleleng.



Gambar 15. Prevalensi Kanker berdasarkan Kabupaten dan Kota di Provinsi Bali

H. Masalah Kesiapsiagaan Bencana

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.145 Tahun 2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan, sudah menguraikan bahwa Provinsi Bali masuk dalam regional Bali, Nusa tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur terkait pusat bantuan penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana. Di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan yang berperan sebagai penanggungjawab penanggulangan bencana. Dalam melakukan tugasnya, Dinas Kesehatan berkoordinasi dengan Satuan Koordinasi Pelaksanaan Penanggulangan Bencana (SATKORLAK PB) yang diketuai oleh kepala daerah.

Tugas Dinas Kesehatan terkait kesiapsiagaan bencana di Provinsi Bali adalah meliputi kegiatan sebelum, saat dan pasca bencana, sebagai berikut:

Tabel 4. Tugas Dinas Kesehatan terkait Kesiapsiagaan Bencana di Provinsi Bali

Sebelum bencana	Saat bencana	Pascabencana
1) Membuat peta geomedik daerah rawan bencana 2) Membuat rencana	Kepala Dinas Kesehatan Provinsi: 1) Melapor kepada Gubernur dan	1) Mendukung upaya pelayanan kesehatan dasar terutama pencegahan KLB,

Sebelum bencana	Saat bencana	Pascabencana
kontinjensi 3) Menyusun dan menyebarluaskan Pedoman/Protap Penanggulangan Bencana 4) Inventarisasi sumber daya kesehatan pemerintah dan swasta termasuk LSM 5) Membentuk dan mengembangkan tim reaksi cepat 6) Menyelenggarakan pelatihan termasuk di dalamnya gladi posko dan gladi lapangan dengan melibatkan semua unit terkait 7) Membentuk Pusdalop penanggulangan bencana 8) Melengkapi sarana/fasilitas yang diperlukan termasuk mengembangkan sistem komunikasi dan informasi di daerah 9) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penanggulangan kesiapsiagaan bencana 10) Mengadakan koordinasi lintas program dan lintas sektor meliputi sinkronisasi kegiatan penanggulangan bencana dengan pemerintah pusat dan	menginformasikan kepada PPK Depkes tentang terjadinya bencana dan adanya pengungsi 2) Mengaktifkan Pusdalops Penanggulangan Bencana tingkat provinsi 3) Berkoordinasi dengan PPK apabila terdapat kebutuhan bantuan obat dan perbekalan kesehatan, sesuai buku pedoman. 4) Berkoordinasi dengan Rumah Sakit Provinsi untuk mempersiapkan rujukan dari lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi, bila diperlukan menugaskan Rumah Sakit Provinsi untuk mengirim tenaga ahli ke lokasi bencana atau pengungsian 5) Berkoordinasi dengan rumah sakit rujukan (RS Pendidikan) di luar provinsi untuk meminta bantuan dan menerima rujukan pasien 6) Berkoordinasi dengan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan <i>Rapid Health Assessment</i> 7) Memobilasi tenaga	pemberantasan penyakit menular, perbaikan gizi di tempat pengungsian maupun lokasi sekitarnya, kegiatan surveilans sepidemiologi, promosi kesehatan, penyelenggaraan kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang 3) Melakukan evaluasi dan analisis dampak bencana terhadap kesehatan lingkungan /KLB 4) Melakukan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor 5) Membantu upaya rekonsiliasi

Sebelum bencana	Saat bencana	Pascabencana
kabupaten/kota.	kesehatan untuk tugas perbantuan ke daerah bencana 8) Berkoordinasi dengan sektor terkait untuk penanggulangan bencana 9) Menuju lokasi terjadinya bencana atau tempat penampungan pengungsi 10) Apabila kejadian bencana melampaui batas wilayah, maka sebagai koordinator penanggulangan bencana nasional adalah Sekjen Depkes	
	Direktur Rumah Sakit Provinsi: 1) Mengadakan koordinasi dengan Rumah Sakit Kabupaten/Kota untuk mengoptimalkan sistem rujukan 2) Menyiapkan instalasi gawat darurat dan instalasi rawat inap untuk menerima rujukan dan mengatur jalur evakuasi 3) Mengajukan kebutuhan obat dan peralatan lain yang diperlukan 4) Mengirim tenaga dan peralatan ke lokasi bencana bila diperlukan	

I.B.2 Identifikasi masalah pelayanan kesehatan di Bali

A. Pelayanan Kesehatan Primer

Secara kuantitas, sarana kesehatan di Provinsi Bali terbilang cukup memadai. Jumlah Puskesmas di Provinsi Bali tahun 2017 adalah sebanyak 120 unit, dimana 29% dari seluruh Puskesmas, merupakan Puskesmas rawat inap, serta tidak terdapat penambahan sarana unit Puskesmas sejak tahun 2013. Penambahan tidak dilakukan karena rasio Puskesmas per Kecamatan di Provinsi Bali masih cukup tinggi yaitu 2,11, dimana Jumlah Kecamatan yang dilayani sejumlah 57 Kecamatan. Rasio tersebut jauh lebih tinggi daripada rasio Nasional yaitu sebesar 1,36. Dari segi kualitas, jumlah Puskesmas yang memberikan pelayanan sesuai standar adalah sebanyak 102 Puskesmas yang tersebar di 9 Kabupaten dan Kota di Provinsi Bali. Hal tersebut berarti, sebesar 15% Puskesmas di Provinsi Bali tidak memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

Sebesar 68,33% Puskesmas di Provinsi Bali yang telah terakreditasi pada tahun 2017, yang tersebar di 9 Kabupaten dan Kota. Akan tetapi, hanya 53 dari total 57 Kecamatan di Provinsi Bali yang memiliki setidaknya 1 Puskesmas yang terakreditasi. Hal tersebut berarti masih terdapat 4 Kecamatan yang sama sekali tidak memiliki Puskesmas yang terakreditasi, sehingga kualitas layanan kesehatan yang diberikan tidak sepenuhnya dapat dijamin. Selain Puskesmas, terdapat pula 108 unit Klinik Pratama di Provinsi Bali, yang sedikit banyak dapat membantu peran Puskesmas, khususnya dalam layanan kesehatan medis dan perawatan, sehingga Puskesmas dapat fokus pada pelayanan preventif dan promotif.

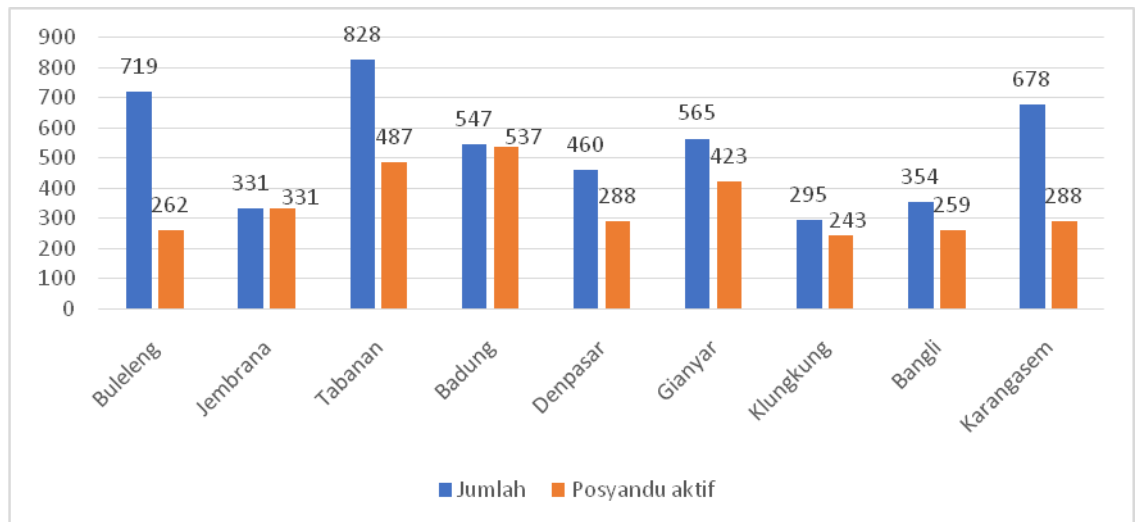
B. Pelayanan Usaha Kesehatan Masyarakat (UKM): Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

1) Usaha Kesehatan Ibu dan Anak serta Kesehatan Reproduksi

Untuk menjamin derajat kesehatan masyarakat di setiap siklus kehidupan dapat terjamin, maka pemerintah mengajak masyarakat untuk menyelenggarakan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Posyandu awalnya hanya difokuskan untuk memantau kesehatan dan tumbuh kembang bayi, balita serta anak, namun dalam perkembangannya mulai dicetuskan program Posyandu Lansia/Usila dan bahkan yang terbaru adalah Posyandu Remaja. Dari total 4.482 Posyandu yang ada di Provinsi Bali, hanya 64,15% Posyandu yang masih aktif. Hal tersebut menunjukkan bahwa program Posyandu yang merupakan salah satu program unggulan dari Puskesmas, masih perlu ditingkatkan pelaksanaannya.

Pelaksanaan Posyandu sudah mulai dilakukan secara bersamaan yang disebut dengan Posyandu Paripurna, seperti yang menjadi kebijakan Kota Denpasar. Posyandu Paripurna ini pelaksanaannya selama 3 bulan dilaksanakan setiap minggu dengan kegiatan meliputi: senam usila, penimbangan balita dan usila, pemberian PMT, ceramah tentang seputar kesehatan/penyakit serta pembagian paket bahan makanan mentah untuk balita dan usila. Sementara itu Posyandu remaja mulai dilaksanakan di beberapa tempat dengan memberdayakan kelompok remaja di wilayah Banjar, atau yang sering disebut dengan Sekaa Truna Truni (STT). Dalam kegiatan Posyandu Remaja, remaja akan diberikan edukasi mengenai kesehatan reproduksi serta pelayanan kesehatan dan

konsultasi permasalahan remaja. Berikut ada gambaran jumlah Posyandu di Provinsi Bali berdasarkan kabupaten dan kota:



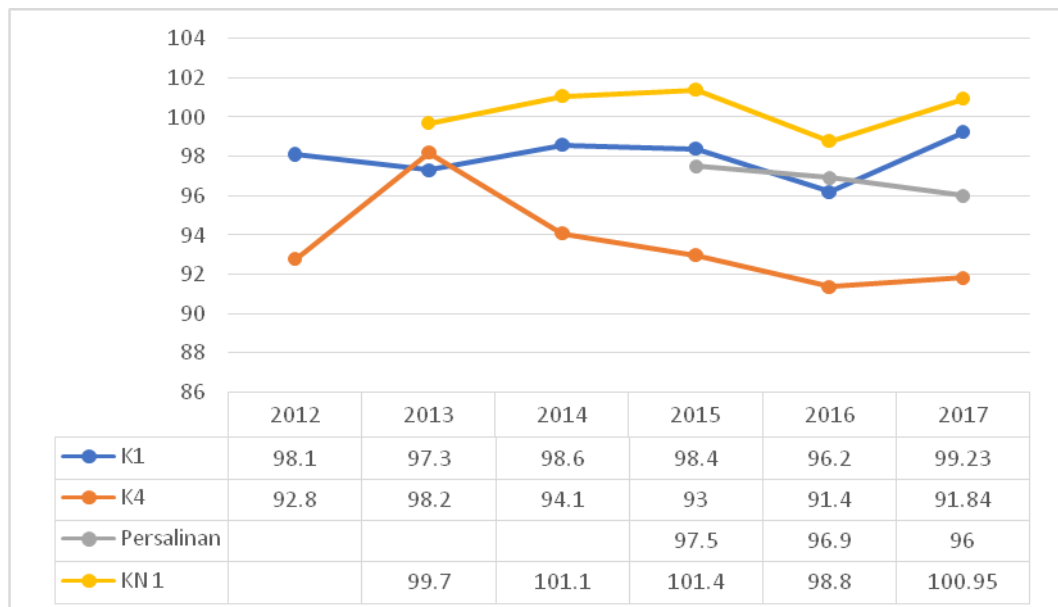
Gambar 16. Persentase Posyandu Aktif di Provinsi Bali sampai dengan Triwulan 2 tahun 2018

Berdasarkan Gambar 17, terlihat bahwa hanya Kabupaten Jembrana dan Badung yang hampir semua Posyandu yang dimilikinya berjalan aktif, sedangkan Kabupaten dan kota lainnya, Posyandu yang aktif cenderung hanya setengah dari total Posyandu yang telah dibentuk.

Selain melaksanakan Posyandu Lansia dan Remaja, Puskesmas juga memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan santun lansia serta kegiatan kesehatan remaja melalui PKPR. Pada tahun 2016, hanya sekitar 39,17% Puskesmas di Provinsi Bali yang melaksanakan pelayanan santun lansia, sedangkan 100% Puskesmas menyelenggarakan PKPR (Kemenkes, 2018a). Akan tetapi, untuk PKPR, masih banyak sekali hal yang harus

diperbaiki sehingga PKPR memang layanan yang ramah untuk remaja, seperti meingkatkan promosi layanan PKPR ke remaja, menyesuaikan waktu layanan serta menyiapkan petugas kesehatan yang tidak stigma dan diskriminatif terhadap pemikian serta perilaku remaja.

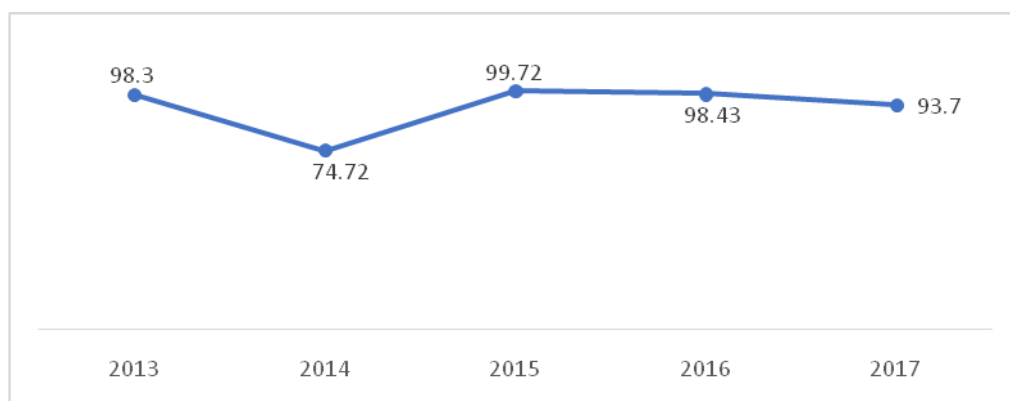
Pelaksanaan UKM bidang KIA dan Kesehatan reproduksi lainnya adalah mengenai akses ibu hamil, bersalin dan nifas ke pelayanan kesehatan, seperti yang terlihat pada gambar di bawah:



Gambar 17. Tren Cakupan K1, K4, Persalinan di fasilitas kesehatan serta KN 1 di Provinsi Bali

Dalam Gambar 18, terlihat bahwa capaian keempat indikator kesehatan ibu dan anak tersebut sudah melebihi 90%, dan menunjukkan kecenderungan peningkatan pada tahun 2017, kecuali untuk indikator persalinan di fasilitas kesehatan.

Selain itu terdapat pula kegiatan penjangkaran kesehatan pada peserta didik yang merupakan serangkaian kegiatan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan terhadap peserta didik untuk memilah siswa yang mempunyai masalah kesehatan agar segera mendapatkan penanganan sedini mungkin. Kegiatan penjangkaran kesehatan siswa terdiri dari pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan kebersihan perorangan (rambut, kulit dan kuku), pemeriksaan status gizi melalui pengukuran antropometri, pemeriksaan ketajaman indera (penglihatan dan pendengaran), pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, pemeriksaan laboratorium untuk anemia dan kecacingan, pengukuran kebugaran jasmani dan deteksi dini masalah mental emosional.



Gambar 18. Cakupan Penjangkaran Anak Sekolah Kelas 1 SD di Provinsi Bali

2) Usaha Pencegahan Penyakit Tidak Menular

Dalam usaha untuk mencegah dan mengendalikan PTM, pemerintah sudah merancang beberapa program, antara lain untuk Puskesmas diterapkan Pengendalian Terpadu (Pandu) PTM, serta di level masyarakat dikembangkan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu). Dari total 9.808 Puskesmas yang ada di Indonesia, hanya setengahnya merupakan Puskesmas Pandu PTM. Sementara itu di Provinsi Bali, hanya terdapat 45 Puskesmas yang melaksanakan Pandu

PTM, atau hanya 38% dari total keseluruhan Puskesmas yang ada di Provinsi Bali. Sedangkan untuk Posbindu di tingkat desa/kelurahan pelaksanaanya dapat dikatakan sangat minim yaitu hanya 24% dari 83.436 desa/kelurahan yang ada di Indonesia. Untuk Provinsi Bali, dari 716 desa/kelurahan hanya 20% saja yang aktif menyelenggarakan Posbindu (Kemenkes, 2018a). Sebenarnya keberadaan Pandu PTM dan Posbindu merupakan hal yang sangat esensial dalam hal deteksi dini serta penanggulangan PTM di level masyarakat. Posbindu sendiri merupakan strategi untuk meningkatkan derajat kesehatan baik secara fisik, mental dan sosial, untuk para penderita PTM untuk dapat melanjutkan hidupnya dan menjadi manusia yang produktif. Berdasarkan hal tersebut diperlukan usaha pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap dua program tersebut.

3) Usaha Surveilans penyakit

Surveilans merupakan usaha untuk mengumpulkan, menganalisis, serta interpretasi berbagai data penyakit yang dilakukan secara reguler yang bertujuan untuk mengetahui tren penyakit sehingga dapat dijadikan bahan untuk menentukan arah strategi program dan kebijakan. Penyelenggaraan surveilans epidemiologi terhadap penyakit-penyakit tersebut diatas disusun dalam pedoman surveilans epidemiologi, khusus masing-masing penyakit dan pedoman surveilans epidemiologi secara rutin dan terpadu.

Secara lebih spesifik, maksud dan tujuan melakukan surveilans adalah (1) mempelajari pola terjadinya penyakit yang sedang berlangsung, (2) potensi penyakit di dalam masyarakat, (3) lebih jauh mempelajari riwayat alamiah penyakit, spektrum klinis, epidemiologi penyakit dan faktor risiko/pajanan, (4)

menyediakan data dasar sebagai perangkat dalam menilai langkah-langkah pencegahan dan pengendalian.

Tugas dari petugas surveilans di tingkat kabupaten adalah:

- a. SKD-Deteksi Dini: AI, Potensi KLB/wabah (PD3I, diare, dll)
- b. Verifikasi: dengan melakukan komunikasi verbal atau elektronik, serta melakukan kunjungan lapangan untuk penyelidikan awal
- c. Penanggulangan awal: melakukan usaha untuk meminimalisir dampak dari penyakit secara lebih luas
- d. Laporan: melakukan pelaporan rutin terkait tren penyakit kepada penanggung jawab program terkait
- e. Koordinasi dengan berbagai pihak termasuk masyarakat sebagai objek dalam pelaksanaan pengendalian penyakit.

4) Usaha Kesehatan Kerja dan Sekolah

Terdapat 89,17% Puskesmas yang menyelenggarakan program pengembangan berupa Program Kesehatan Kerja Dasar dan seluruh Puskesmas sudah menyelenggarakan kegiatan kesehatan olah raga pada kelompok masyarakat wilayah kerja termasuk pada anak Sekolah Dasar, walaupun hanya 15 pos Unit Kesehatan Kerja yang terbentuk di seluruh wilayah Puskesmas di Provinsi Bali tahun 2017.

5) Usaha Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Usaha promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat memegang peranan penting dalam menangani permasalahan kesehatan. Keberhasilan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sangat ditentukan oleh strategi pelaksanaan yang dilakukan. Dalam pelaksanaan kegiatan perlu

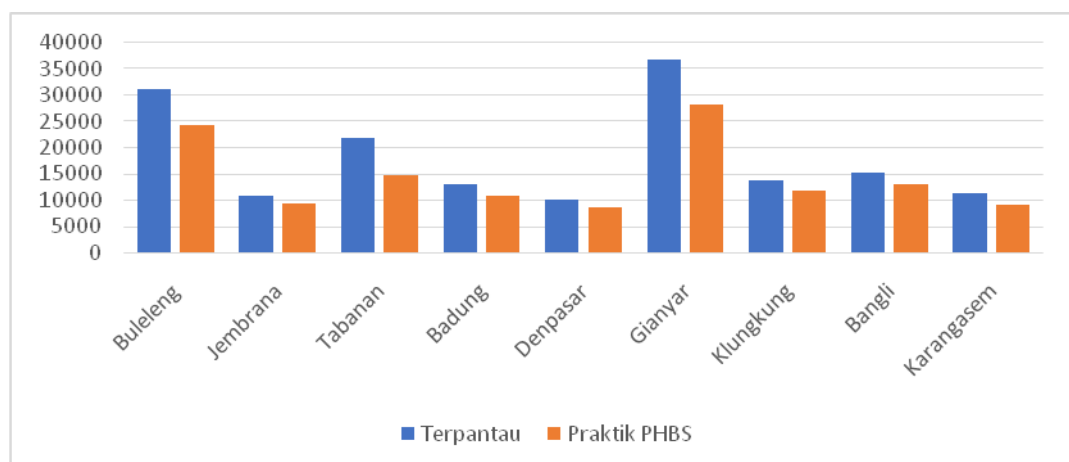
diwujudkan peran serta, kerja sama dari berbagai pihak baik lintas sektor, swasta/dunia usaha, organisasi massa. Berdasarkan level kebijakan, terdapat target untuk mengembangkan satu kebijakan kesehatan baru setiap tahunnya di tingkat provinsi. Pada tahun 2017, terdapat setidaknya 12 kebijakan yang dikembangkan di tingkat provinsi serta kabupaten/kota, dengan rincian seperti yang ditampilkan pada Tabel 5.

Tabel 5. Daftar Kebijakan Kesehatan yang Dikembangkan di Level Provinsi, Kabupaten dan Kota di Provinsi Bali Tahun 2017

Kabupaten /Kota	Jumlah Kebijakan	Bentuk Kebijakan	Uraian Kebijakan
Buleleng	5	- Surat Edaran Bupati - Surat Himbauan - Kepala Dinkes	- STBM, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, Implementasi - Gerakan Masyarakat Hidup Sehat - Cakupan ASI Eksklusif, Konsumsi Garam Beriodium.
Jembrana	-	-	-
Tabanan	2	- Peraturan Bupati - Surat Edaran Kepala Dinkes	- Gerakan Masyarakat Hidup Sehat - Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) Melalui Sanitasi - Total Berbasis Masyarakat (STBM)
Badung	1	- Surat Edaran Bupati	- Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
Kota Denpasar	-	-	-
Gianyar	1	- Surat Keputusan Bupati	- Pemberian Imunisasi HPV
Klungkung	2	- Surat Himbauan Kepala Dinkes	- Kawasan Tidak Merokok
Bangli	-	-	-
Karangasem	-	-	-
Provinsi Bali	1	- Surat Edaran Gubernur Bali	- Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

Selain mencetuskan kebijakan kesehatan, pemerintah juga mulai mengembangkan kampanye gerakan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya praktik kesehatan dari yang paling sederhana, dimana kampanye tersebut bertajuk “Gerakan Masyarakat Hidup Sehat” atau Germas. Pada tahun 2017, sudah digemakan 5 tema atau pesan Germas ini melalui berbagai saluran media seperti media cetak, elektronik maupun tradisional. Adapun tema atau pesan yang dikampanyekan meliputi: aktivitas fisik, konsumsi sayur buah, cek kesehatan secara rutin, pemberantasan sarang nyamuk dan tidak merokok. Tahun 2017 semua kabupaten/kota sudah merencanakan Germas, baik dengan menggunakan Dana Dekonsentrasi/APBN seperti di Kabupaten Tabanan dan Karangasem, ada dengan berkolaborasi serta bermitra dengan sektor terkait.

Berdasarkan hal tersebut, dalam level rumah tangga di Provinsi Bali tahun 2017, dari 13,6% rumah tangga yang terpantau, sebesar 79,32% sudah melakukan praktik Perilaku Bersih dan Sehat (PHBS). Berikut adalah distribusinya berdasarkan Kabupaten dan Kota.



Gambar 19. Jumlah Rumah Tangga Terpantau dan Rumah Tangga yang Melakukan PHBS tahun 2017 di Provinsi Bali

6) Usaha Penyehatan Lingkungan

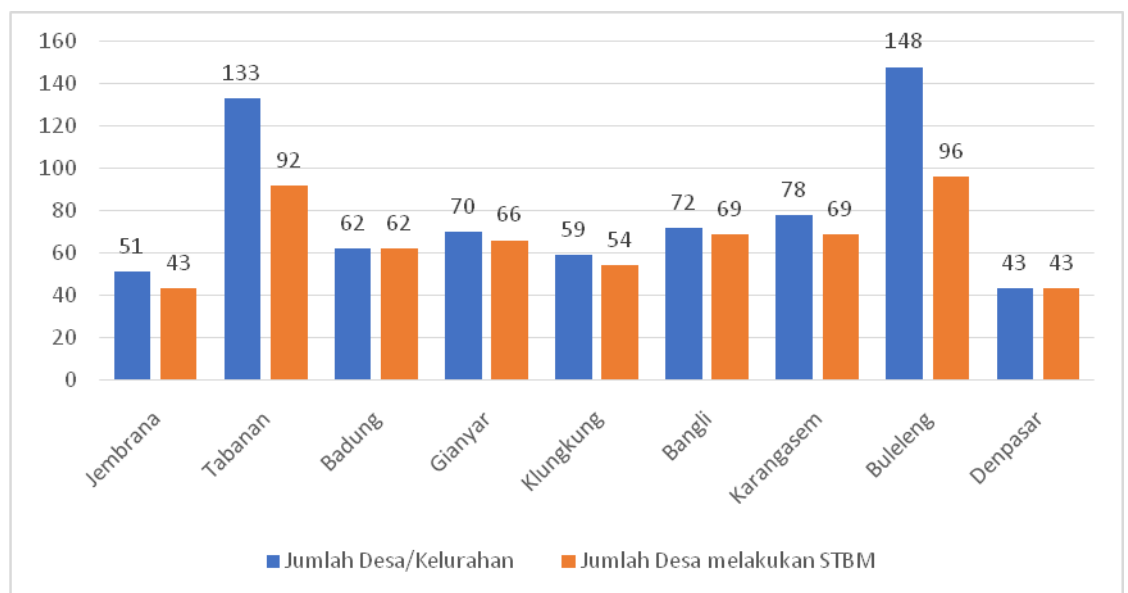
Arah kebijakan dan program pembangunan Bali sesuai dengan visi misi gubernur Bali menyangkut tiga hal yang sangat strategis, dimana salah satunya adalah menjaga dan memelihara keseimbangan alam. Keseimbangan alam juga merupakan bagian dari konsep Tri Hita Karana yang merupakan kearifan lokal masyarakat Bali.

Akan tetapi saat ini konsep menjaga alam melalui perilaku mulai mengalami penurunan, seperti contoh masih banyaknya masyarakat yang membuang sampah dan limbah sembarangan, perilaku Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dan perilaku lain yang tidak menjaga lingkungan. Persoalan lingkungan yang terjadi saat ini adalah akibat besarnya dampak negatif yang ditimbulkan dari akumulasi beban pencemaran yang tidak dapat terkontrol yang juga berdampak kepada perubahan iklim (*climate change*) yang memiliki kolerasi terhadap kejadian penyakit baik yang bersifat *modern risk* maupun *traditional risk* yang perlu segera mendapat perhatian.

Provinsi Bali dihadapkan pada masalah kesehatan lingkungan seperti munculnya kembali penyakit-penyakit berbasis lingkungan (*re-emerging disease*) yaitu legionelosis disamping masih belum terselesaikannya penyakit berbasis lingkungan lainnya seperti diare, DBD, malaria, dan lain-lain. Kualitas lingkungan seperti ketersediaan air bersih dan sanitasi yang layak

juga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya stunting. Sebelumnya, diperkirakan bahwa sebanyak 50% kekurangan gizi anak dapat disebabkan untuk praktik sanitasi yang buruk.

Masalah kesehatan lainnya yang erat kaitanya dengan masalah lingkungan dan perilaku adalah masih sering terjadinya KLB keracunan Makanan. Pada tahun 2017 di Provinsi Bali, menurut Profil Dinas Kesehatan Provinsi Bali, terdapat 12 kasus KLB Keracunan Pangan, sumber penyebab diduga berasal dari jasa boga/catering (25%), kantin dan warung sekolah (41,67%) dan rumah tangga (33,33%) (Dinkes Bali, 2017). Berikut beberapa data mengenai keadaan kesehatan lingkungan di Provinsi Bali berdasarkan kabupaten dan kota tahun 2017.



Gambar 20. Jumlah Desa yang melakukan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Provinsi Bali tahun 2017

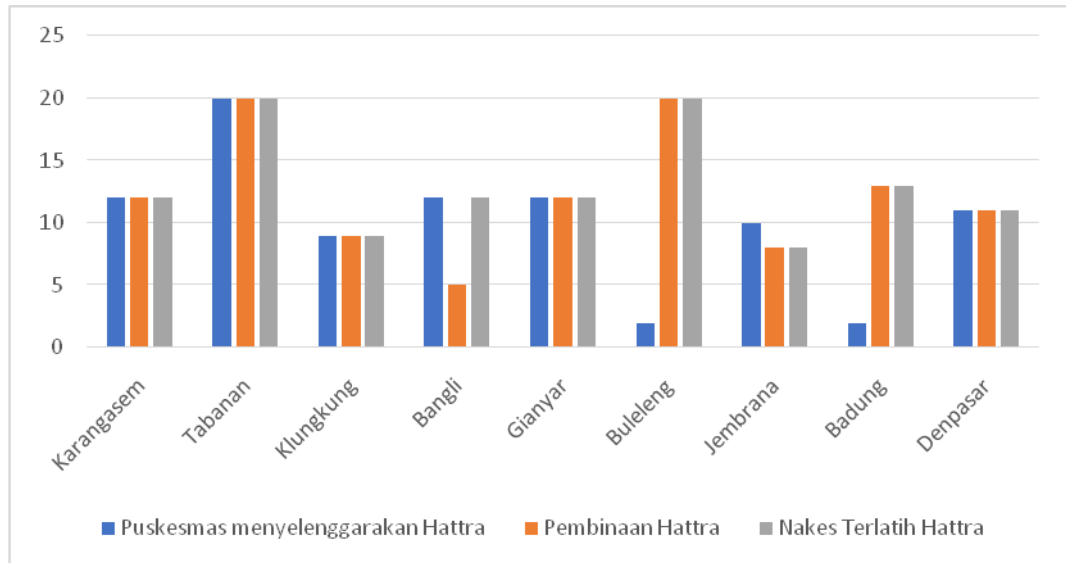
Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan upaya pemerintah untuk melibatkan masyarakat secara mandiri dalam melakukan kegiatan

penyehatan lingkungan disekitarnya yang nantinya dapat berdampak pada kesehatan masyarakat. STBM ini terdiri dari 5 pilar kegiatan yaitu: mengakhiri praktik BABS, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan rumah tangga, serta mengelola sampah rumah tangga serta mengelola limbah rumah tangga. Berdasarkan Gambar 21, terlihat bahwa Kabupaten Badung dan Kota Denpasar yang menjadi yang berhasil melakukan STBM ini di seluruh desa/kelurahannya, sebaliknya di Kabupaten Buleleng dan Tabanan perlu adanya aselerasi untuk implementasi STBM.

7) Pelayanan Kesehatan Tradisional

Pelayanan lainnya yang dilakukan khususnya di Puskesmas adalah pelayanan kesehatan tradisional. Sebesar 46,7% Puskesmas di Provinsi Bali telah melaksanakan asuhan mandiri kesehatan tradisional ramuan dan keterampilan, dimana 32,5% Puskesmas yang telah berstatus Puskesmas Pembinaan Penyehat Tradisional (HATRA) (Kemenkes, 2018a).

Data dari Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2017 mengungkapkan bahwa terdapat 91 Puskesmas yang sudah menyelenggarakan Kesehatan Tradisional, seperti yang tergambar dalam Gambar 22.



Gambar 21. Pelaksanaan Kesehatan Tradisional di Provinsi Bali Tahun 2017

Sementara itu, di level rumah sakit umum daerah dan pusat, juga sudah menyelenggarakan beberapa jenis layanan kesehatan tradisinonal yang terintegrasi, seperti yang terlihat dalam berikut:

Tabel 6. Rumah Sakit Pemerintah yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi Tahun 2017

No	Nama RS	Jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi					
		Pelayanan Akupuntur	Herbal	Nakes terlatih akupuntur	TOT Herbal	Herbal Medik	TOT Akupresure
1	RSUD Tabanan	1	1	1	1	1	
2	RSUP Sanglah	1		1			
3	RSUD Sanjiwani				1	1	
4	RSUD Klungkung		1	1			

8) Sistem Informasi Kesehatan untuk Pengembangan Kebijakan

Beberapa isu yang ditemukan terkait pelaksanaan manajemen informasi dan regulasi kesehatan, yaitu sebagai berikut:

- Kebijakan perencanaan kesehatan di tingkat pusat dan daerah belum bersinergi dengan baik,
- Masih banyak kebijakan perencanaan yang disusun belum berbasis bukti,
- Belum kuatnya sumber daya yang mendukung sistem informasi kesehatan di Provinsi Bali seperti infrastruktur, SDM, kelembagaan dan pendanaan,
- Belum baiknya kualitas manajemen data rutin kesehatan yang meliputi pengumpulan, penyimpanan, analisis data dan diseminasi informasi,
- Belum tersedianya data dan informasi kesehatan yang akurat, tepat dan cepat dalam pengambilan kebijakan bidang kesehatan,
- Data dan informasi kesehatan masih terfragmentasi pada tiap-tiap program.

Berdasarkan hal tersebut, Pemerintah Provinsi Bali merumuskan prioritas perbaikan sistem untuk meningkatkan manajemen informasi dan regulasi ini, yaitu diantaranya:

- Perlu diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara pusat dan daerah (provinsi dan kabupaten/kota) dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan yaitu berpihak pada rakyat, bertindak cepat dan tepat, kerjasama tim, integritas yang tinggi, transparansi dan akuntabilitas,
- Penataan data dan transaksi di fasilitas pelayanan kesehatan,

- Penguatan pondasi Sistem Informasi Kesehatan yang meliputi penyusunan kebijakan/regulasi, peningkatan infrastruktur (perangkat lunak, perangkat keras dan jaringan), penguatan sumber daya manusia dan peningkatan pembiayaan,
- Optimalisasi aliran dan integrasi data,
- Peningkatan pemanfaatan data dan informasi.

C. Pelayanan Rumah Sakit

Selain pelayanan kesehatan primer, pelayanan kesehatan medis rujukan dan lanjutan berupa rumah sakit juga telah tersedia di Provinsi Bali. Pada tahun 2017, total Rumah Sakit Umum yang terdapat di Provinsi Bali adalah 55 unit dan 8 unit Rumah Sakit Khusus. Berdasarkan jenis Rumah Sakit, Rumah Sakit Pemerintah di Provinsi Bali yaitu sebanyak 4 unit dimana 1 unit merupakan Rumah Sakit Kementerian Kesehatan, 1 Unit Rumah Sakit Kepolisian dan 2 unit Rumah Sakit Tentara Nasional Indonesia. Sementara itu terdapat pula Rumah Sakit di bawah Pementah Daerah yaitu 1 Rumah Sakit Umum dan 2 Rumah Sakit Khusus di Bawah Pemerintah Provinsi Bali, 11 Rumah Sakit Umum di bawah Pemerintah Kabupaten, serta 1 Rumah Sakit Umum di bawah Pemerintah Kota. Sedangkan untuk rumah sakit swasta, terdapat 38 unit Rumah Sakit Umum dan 6 unit Rumah Sakit Khusus.

Berdasarkan tipe rumah sakit, di Provinsi Bali terdapat beberapa tipe rumah sakit, yaitu 3 rumah sakit tipe A dengan jumlah tempat tidur sebanyak 1.135; 11 rumah sakit tipe B dengan jumlah tempat tidur 2.001; rumah sakit tipe C sebanyak 36 dengan jumlah tempat tidur sebanyak 2.885; serta 12 rumah sakit tipe D atau D Pratama dengan 637 jumlah tempat tidurnya. Selain itu terdapat pula 1 rumah sakit yang belum

ditetapkan kelas atau tipenya dengan 50 jumlah tempat tidur. Berdasarkan sistem perujukan berjenjang yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, alur rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat rujukan atau lanjutan, harus dilakukan secara berjenjang atau di mulai dari fasilitas tingkat pertama, kemudian tingkat kedua lalu tingkat ketiga sebagai rujukan yang paling tinggi (BPJS Kesehatan, 2014), seperti yang tergambar dalam Gambar 23.



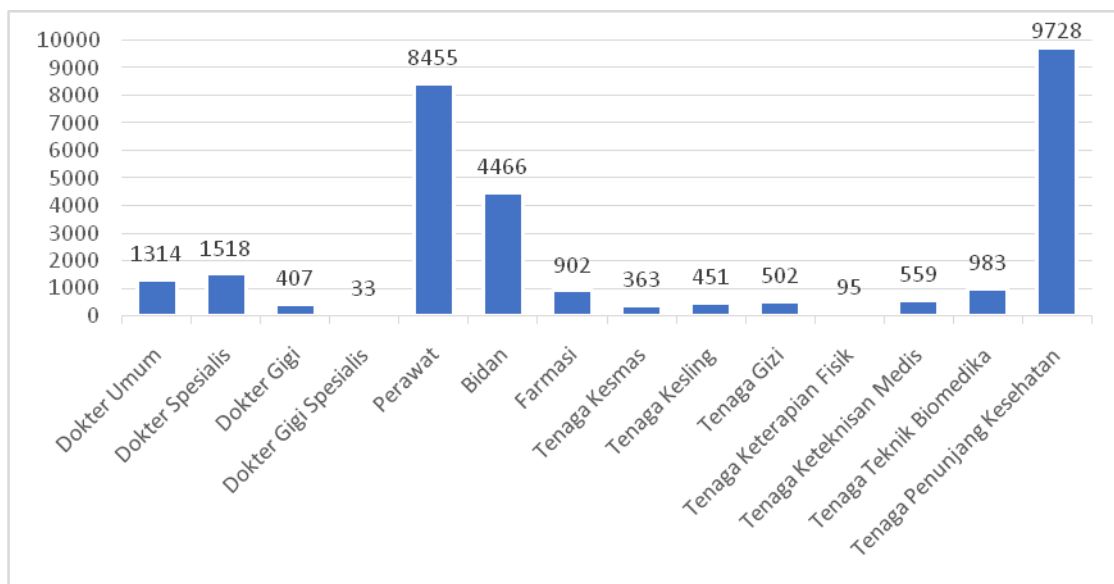
Gambar 22. Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan

Rasio tempat tidur per 1.000 penduduk di Provinsi Bali sudah terbilang cukup tinggi yaitu 1,58 dibandingkan dengan rasio nasional yaitu 1,16. Dari total 6.708 tempat tidur di Rumah Sakit di Provinsi Bali, 4,67% merupakan ketersediaan tempat tidur di kelas perawatan VVIP, 16,59% di kelas VIP, 13,58% di Kelas I, 13,55% di Kelas II, 34,54% di Kelas III, serta 17,07% di ruang rawat inap lainnya (ICU, PICU, NICU, HCU, ICCU, tempat tidur bayi baru lahir dan tempat tidur ruang isolasi) dan 12,61% di ruang non rawat inap (IGD, Kamar bersalin dan ruang operasi). Apabila dibandingkan, persentase ketersediaan tempat tidur di semua kelas perawatan di rumah sakit Provinsi Bali, seluruhnya berada di atas persentase nasional. Akan tetapi berdasarkan kualitas layanan yang tercermin dari akreditasi rumah sakit, hanya

77,78% rumah sakit yang sudah terakreditasi. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih cukup banyak rumah sakit yang memerlukan akreditasi untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan untuk masyarakat.

I.B.3 Identifikasi masalah SDM kesehatan di Bali

Berdasarkan Laporan Kementerian Kesehatan tahun 2017, total SDM Kesehatan yang tersedia di Provinsi Bali adalah sebanyak 29.789 orang, dengan pembagian sebagai berikut:

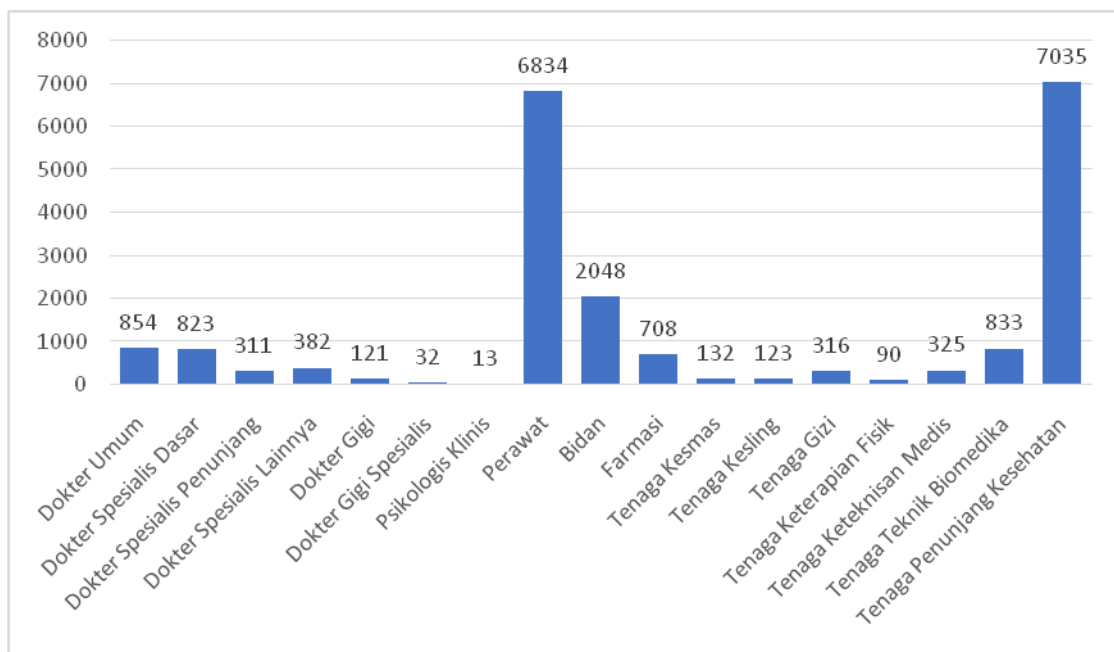


Gambar 23.Total SDM Kesehatan di Provinsi Bali tahun 2017

Dari total SDM Kesehatan yang ada di Provinsi Bali, sebesar 23,8% ditempatkan di Puskesmas. Walaupun demikian, sebesar 83,33% ketersediaan dokter masih dirasa kurang ditempatkan di Puskesmas. Begitu juga masih terdapat kekurangan ketersediaan Dokter Gigi 2,5%, dan 5% tenaga keperawatan. Sementara itu untuk tenaga kebidanan cukup berbanding terbalik karena persentase kelebihan ketersediaan Bidan di Puskesmas mencapai 100%.

Berdasarkan pelayanan preventif dan promotif, dari total Puskesmas di Provinsi Bali, hanya 42 Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan preventif dan promotif. Hal tersebut menunjukkan bahwa kegiatan preventif dan promotif di Puskesmas tidak sepenuhnya dijalankan oleh tenaga yang profesional atau terlatih secara resmi. Sebagai layanan publik yang mengedepankan kegiatan preventif dan promotif, pemerintah hendaknya mulai mempertimbangkan alokasi SDM kesehatan masyarakat untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan tersebut sehingga dapat menjamin kualitas pelaksanaan.

Sebesar 70,4% SDM kesehatan dialokasikan di Rumah Sakit di Provinsi Bali dengan pembagian sebagai berikut:

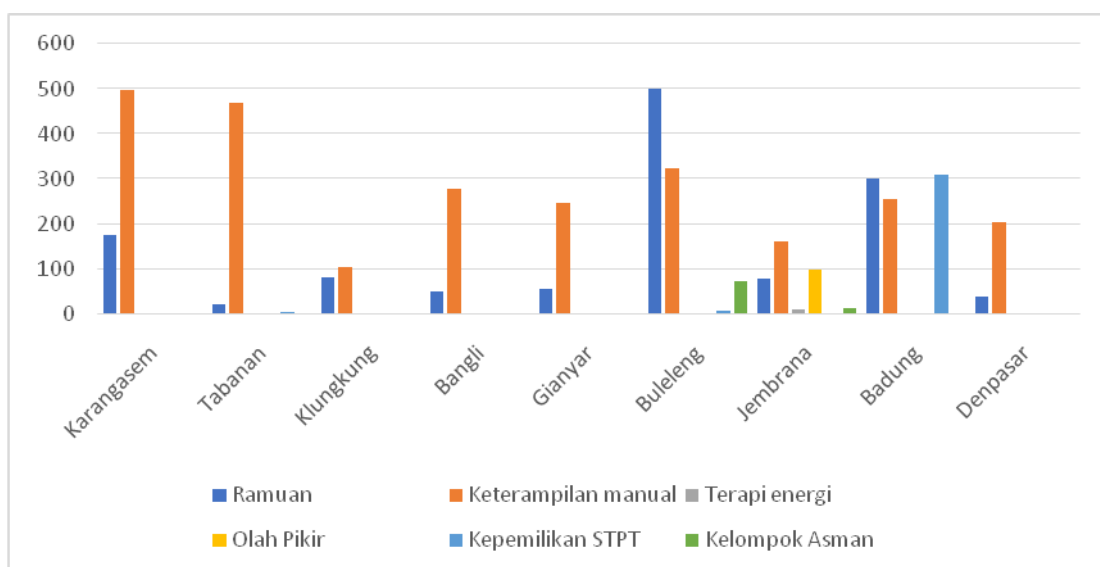


Gambar 24. Jumlah SDM Kesehatan yang Dialokasikan di Rumah Sakit di Provinsi Bali tahun 2017

Walaupun demikian dari 9 Rumah Sakit Kabupaten dan Kota kelas C, hanya 7 Rumah Sakit yang memiliki setidaknya 4 dokter Spesialis Dasar dan 3 Dokter Spesialis

Penunjang. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat kebutuhan untuk dokter spesialis dasar dan penunjang di dua Rumah Sakit Kelas C Tingkat Kabupaten dan Kota.

Terkait dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan tradisional di Provinsi Bali, data pada tahun 2017, terdapat beberapa penyehat tradisional dan kelompok Asuhan Mandiri (Asman) Kesehatan tradisional, sebagai berikut:



Gambar 25. Penyehat Tradisional dan Kelompok Asman di Provinsi Bali Tahun 2017

Untuk menentukan kualitas layanan, salah satunya tercermin dari keterampilan dari SDM kesehatan yang dapat di ukur melalui kepemilikan Surat Tanda Registrasi (STR). Secara kasar dari total SDM Kesehatan yang terdata di Provinsi Bali, hanya 21% yang memiliki STR dimana pembagiannya sebagai berikut 3.882 Dokter Umum, 1.314 Dokter Spesialis (86,6%), 1.071 dokter gigi, dan 44 dokter gigi spesialis. Di tahun 2016 telah diterbitkan sebanyak 4.836 STR untuk beberapa jenis SDM kesehatan lainnya diantaranya 2.520 Tenaga Keperawatan, 1.321 Tenaga Kebidanan, serta 104 Tenaga Kesehatan Masyarakat. Sementara itu sebanyak 5.762 STR baru

yang diterbitkan untuk berbagai jenis SDM Kesehatan, dimana terdapat 145 STR untuk Kesehatan Masyarakat. Selain itu STR untuk tenaga kesehatan, selain STR untuk kesehatan masyarakat, juga terdapat STR untuk Promosi Kesehatan dan Epidemiologi Kesehatan, akan tetapi sampai tahun 2017 tidak terdapat STR yang diterbitkan untuk dua tenaga tersebut di Provinsi Bali.

I.B.4 Identifikasi masalah pembiayaan kesehatan di Bali

Sebesar Rp 19.934.632.000 dana alokasi anggaran dekonsentrasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk pelaksanaan program kesehatan di Provinsi Bali. Akan tetapi, itu realisasi anggaran di tahun 2017 hanya mencapai Rp 17.154.739.025 atau penyerapan anggaran hanya 86,05%. Sementara itu, untuk alokasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan tahun 2017, untuk Provinsi Bali dianggarkan sebesar Rp 174.725.820.000 untuk DAK fisik dan Rp 70.956.729.000 untuk DAK Non Fisik, dimana realisasi penyerapan anggarannya masing-masing adalah sebesar 87,69% dan 73,05% (Kemenkes, 2018a).

Di era jaminan kesehatan saat ini cakupan JKN menjadi salah satu indikator untuk menjamin aksesibilitas layanan kesehatan dalam hal tarif atau biaya layanan. Pada tahun 2017, dari total penduduk Provinsi Bali yaitu 4.246.500 sebesar 22% masyarakat yang menjadi JKN Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dialokasikan dari APBN sedangkan 16,9% berasal dari dana APBD. Sementara itu, sebesar 35% masyarakat Bali telah menjadi peserta JKN Non-PBI yang terdiri dari 22,9% Pekerja Penerima Upah, 10% Pekerja Bukan Penerima Upah dan 2% bukan pekerja. Berdasarkan laporan Profil Kesehatan dari Kementerian Kesehatan tahun 2017, secara

total kepesertaan JKN masyarakat Bali adalah sebesar 73,99%, sementara itu berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi Bali sampai dengan 30 April 2018, total kepesertaan JKN di Bali sudah mencapai 77,2% (Dinkes Provinsi Bali, 2018). Hal tersebut dapat dikatakan cukup baik, walaupun masih banyak penduduk yang perlu dijangkau untuk dijadikan peserta JKN akan terwujud cakupan semesta jaminan kesehatan di Provinsi Bali.

Selain dari kepesertaan JKN, kerjasama dengan pelayanan kesehatan sebagai pemberi layanan juga merupakan hal yang esensial untuk meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara JKN di Indonesia telah menjalin kerja sama dengan berbagai layanan kesehatan. Di Provinsi Bali, terdapat 298 Dokter Praktik Perorangan, 12 Klinik POLRI, 73 Klinik Pratama, 15 Klinik TNI, 87 Puskesmas, 120 Rumah Sakit Tipe D Pratama dan 2 Praktik Dokter Gigi yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan per Oktober 2017. Secara nasional, pemanfaatan JKN pada tahun 2017 mencapai Rp 150.500.000 di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas, Dokter Praktik Perseorangan dan Klinik Pratama. Sementara itu sebesar Rp 64.400.000 adalah pemanfaatan JKN di layanan rawat jalan rumah sakit, sedangkan di rawat inap pemanfaatannya adalah sebesar Rp 8.700.000, dimana untuk total pemanfaatan di semua layanan adalah mencapai Rp 223.600.000 (Kemenkes, 2018a).

I.B.5 Identifikasi masalah kesehatan terkait pariwisata di Bali

Sejalan dengan perkembangan pariwisata di Provinsi Bali, yang terlihat dari meningkatnya persentase kunjungan wisatawan pada tahun 2016 yang mencapai 23,14% dibandingkan tahun sebelumnya, mulai juga bermunculan pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan untuk para wisatawan asing. Sebagai contoh,

terdapatnya pengembangan pelayanan untuk pasien internasional di RSUP Sanglah, serta berkembangnya rumah sakit dan klinik yang sudah siap menerima pasien asing seperti BIMC Hospital yang juga membuka klinik di kawasan resor wisata Nusa Dua, Bros Hospital Renon Denpasar, Siloam Hospital serta Bali Mèd Denpasar. Seluruh rumah sakit tersebut memang berlokasi berdekatan dengan pusat wisata yang banyak dikunjungi oleh wisatawan asing, seperti Bros Hospital Renon yang lokasinya dekat dengan kawasan wisata Sanur, BIMC Hospital dan Siloam Hospital dapat diakses oleh wisatawan di daerah Nusa Dua dan Kuta, sementara Bali Mèd berdekatan dengan lokasi wisata di daerah Legian, Seminyak dan Canggu (Ayu, Maharani and Putra, 2018).

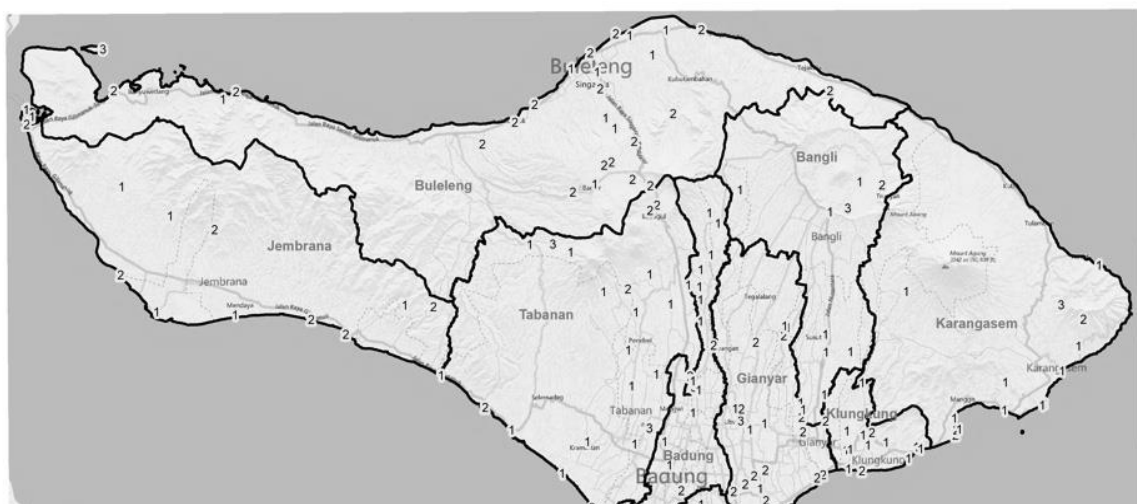
Berdasarkan hal tersebut, dapat dipahami bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan yang berstandar internasional merupakan suatu kebutuhan yang wajib disediakan oleh Provinsi Bali. Untuk menjawab kebutuhan tersebut, maka perlu pengembangan suatu produk baru yang merupakan penggabungan dari industri kesehatan dan pariwisata yang disebut dengan *medical tourism* atau pariwisata medis. Produk tersebut mencoba menggabungkan paket perjalanan wisata, pelayanan *hospitality*, perawatan medis serta kelihaian para pelakunya dalam berbisnis untuk mengemas, mengelola dan menjual keseluruhannya kepada calon wisatawan (Rosalina et al., 2015). Produk ini dapat dikemas dan diterapkan di fasilitas kesehatan publik seperti Puskesmas terutama yang berlokasi berdekatan dengan pusat pariwisata di Provinsi Bali. Selain itu, pengembangan produk pelayanan kesehatan untuk wisatawan asing juga harus dimulai di rumah sakit pemerintahan. Sejauh ini hanya rumah sakit swasta yang secara khusus menyediakan layanan untuk wisatawan asing, sedangkan untuk rumah sakit pemerintahan pelaksanaannya perlu ditingkatkan.

Selain itu masih banyak tantangan yang dihadapi dalam sistem kesehatan di Provinsi Bali terkait dengan pelaksanaan kesehatan pariwisata. Salah satunya adalah belum adanya sistem surveilans kesehatan wisata yang dapat digunakan untuk pengumpulan data secara reguler dari semua klinik perjalanan wisata atau rumah sakit. Sejauh ini upaya yang dilaksanakan adalah sebatas penyelidikan yang sifatnya sporadis ke daerah wisata atau fasilitas kesehatan berdasarkan pelaporan kasus pada lembaga otoritas. Salah satu sistem surveilans kesehatan wisata yang telah digunakan secara luas adalah GeoSentinel Surveillance Network yang didirikan sejak 1995 yang awalnya untuk wisatawan di Amerika Serikat dan saat ini sudah digunakan secara internasional. Jaringan ini telah melibatkan 60 klinik kedokteran pariwisata di 6 benua dan seluruh klinik tersebut memiliki tanggung jawab dalam pengawasan dan pemantauan semua penyakit terkait dengan perjalanan wisata yang ditemukan di lokasi klinik tersebut. Dengan adanya sistem ini, pemerintah memungkinkan untuk mengidentifikasi tren temporal dan geografis kejadian penyakit pada wisatawan. Sampai saat ini, GeoSentinel tidak memiliki anggota yang berlokasi di Indonesia. Hal tersebut mengakibatkan tidak terdapatnya informasi tentang gejala, faktor risiko, dan penyakit yang dapat digunakan untuk memperbaiki sistem surveilans dan kesehatan masyarakat di Indonesia. Selain itu, terdapat beberapa keterbatasan mengenai jaringan GeoSentinel yaitu salah satunya pengambilan data wisatawan sakit yang berobat ke klinik merupakan teknik *convenience sampling*, sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasi untuk keseluruhan populasi wisatawan (Wirawan et al., 2017).

Saat ini Pemerintah Provinsi Bali harus mulai mengembangkan sistem pemetaan *hazard* dan risiko di setiap jenis tempat wisata termasuk juga layanan kesehatan yang memungkinkan untuk pertolongan pertama. Secara garis besar, terdapat tiga jenis

tempat wisata di Bali yang banyak tersedia dan diminati oleh wisatawan domestik maupun asing, yaitu pantai, pura dan air terjun. Pantai merupakan salah satu objek wisata paling populer di Provinsi Bali, terlebih karena pantai di Bali kebanyakan masih alami dan dinilai eksotis oleh wisatawan. Terdapat beberapa pantai yang akses menuju bibir pantainya cukup ekstrim karena memang pantai masih alami ataupun sengaja dibuat seperti itu. Selain itu, beberapa pantai juga terkenal memiliki ombak yang besar bahkan dimanfaatkan untuk kegiatan berselancar ombak. Selain hanya dibagian pantai, dibagian dalam laut juga menjadi daya tarik untuk penyelaman. Akhir-akhir ini mulai marak kasus di berita tentang kecelakaan yang menimpa wisatawan asing di objek wisata pantai dan laut bahkan sampai memunculkan kematian. Seperti misalnya, wisatawan yang jatuh dari tebing pantai karena melakukan swafoto, wisatawan yang tewas tenggelam saat menyelam, serta wisatawan yang tewas terseret ombak saat berselancar ataupun hanya sekedar berenang. Dari kasus-kasus tersebut seharusnya Pemerintah Provinsi Bali harus mulai peduli dan bertindak untuk mencegah kasus serupa terjadi. Selain meningkatkan keamanan objek wisata tersebut dengan memperbaiki prosedur peringatan bahaya di pantai dan laut, pemerintah juga harus menyiapkan fasilitas kesehatan yang lokasinya terjangkau dari objek wisata tersebut.

Berdasarkan sebaran lokasi dan tingkat risiko kawasan wisata, sebagian besar kawasan wisata memang berada di Kabupaten Badung.



Gambar 26. Sebaran Lokasi dan Tingkat Risiko Kawasan Wisata di Bali

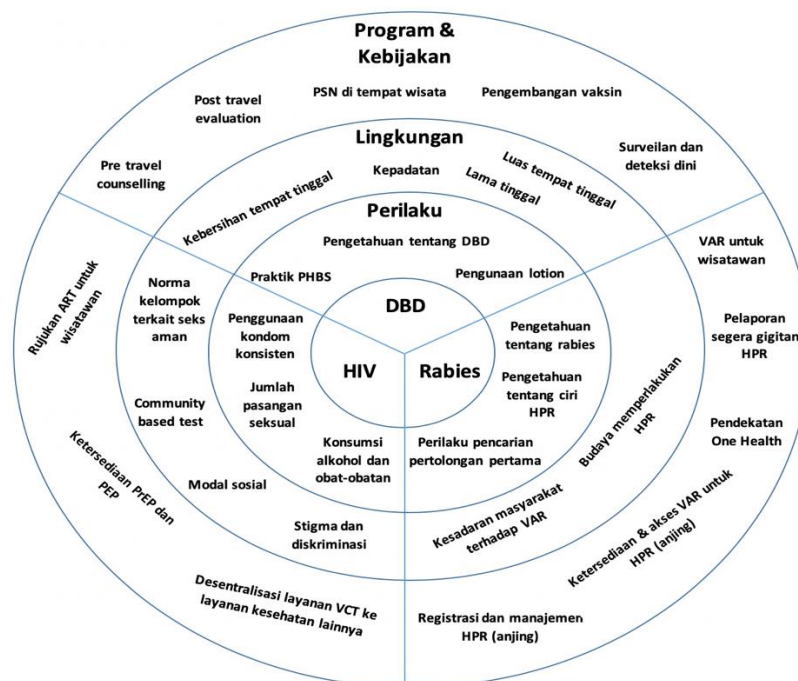
Pada gambar di atas memperlihatkan sebaran kawasan wisata dan tingkat risikonya. Lokasi wisata dengan risiko 1 atau rendah menunjukkan bahwa lokasi tersebut terkontrol dengan baik dan menerapkan berbagai upaya pencegahan sesuai dengan protokol dan prosedur standar yang telah ditentukan. Lokasi wisata dengan kategori risiko 2 atau sedang sudah menunjukkan upaya pengendalian, akan tetapi monitoring khusus masih diperlukan secara berkelanjutan untuk semua potensi bahaya dan upaya pencegahannya. Sedangkan lokasi wisata dengan kategori 3 atau risiko tinggi memiliki makna bahwa kawasan tersebut memerlukan respons segera untuk dilakukan upaya pengendalian terhadap hazard yang ada, disamping itu wisatawan juga diharapkan mendapatkan informasi peringatan yang jelas, sehingga mampu mempersiapkan diri dengan optimal, baik sebelum perjalanan maupun saat beraktivitas di tempat tersebut (Wirawan et al., 2017).

I.B.6 Studi kasus masalah rabies, DBD dan HIV-AIDS yang terkait dengan industri pariwisata di Bali

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, terdapat 3 penyakit menular yang masuk dalam isu strategis Provinsi Bali, yang memiliki kemungkinan besar berhubungan dengan kegiatan kepariwisataan di Provinsi Bali. Berbagai macam faktor yang mempengaruhi atau menjadi penyebab kejadian 3 penyakit tersebut. Faktor-faktor tersebut dapat dikelompokkan menjadi beberapa lapis kategori dari yang paling dekat (proksimal) dengan individu maupun yang sifatnya lebih luas (distal). Seperti yang dijelaskan dalam teori yang diperkenalkan oleh H. L. Blum, dimana status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu: faktor hereditas, gaya hidup

atau perilaku, lingkungan (fisik, sosial, dan lainnya), serta pelayanan/program/kebijakan kesehatan (Follér, 1992).

Mengadaptasi dari teori tersebut, pada ulasan ini akan membahas faktor dan determinan dari permasalahan kesehatan, yaitu kejadian DBD, rabies dan HIV, di Provinsi Bali yang dihubungkan dengan kegiatan kepariwisataan, seperti yang disajikan pada gambar berikut:



Gambar27. Petadeterminan kejadian DBD, rabies dan HIV yang kaitannya dengan kepariwisataan di Provinsi Bali berdasarkan lapisan perilaku, lingkungan serta program dan kebijakan

Pada Gambar 28, determinan kejadian DBD, rabies dan HIV di kategorikan berdasarkan tiga lapisan yaitu lapisan perilaku individu, kondisi lingkungan fisik dan sosial serta adanya program dan kebijakan terkait permasalahan tersebut, yang mana seluruhnya dikaitkan dengan kepariwisataan yang terjadi di Provinsi Bali. Kejadian DBD erat kaitannya dengan sanitasi lingkungan tempat tinggal termasuk juga lama

tinggal serta PKBS selama berada di lokasi tersebut. Kondisi lingkungan seperti kepadatan di tempat tinggal dan luas tempat tinggal juga menjadi determinan lingkungan yang meningkatkan risiko penularan DBD (Velasco-Salas et al., 2014; Zellweger et al., 2017), disamping faktor alam seperti kelembaban udara dan curah hujan (Paramita & Mukono, 2017). Disamping praktik PHBS, pengetahuan mengenai risiko penularan DBD di komunitas termasuk juga di kalangan para wisatawan merupakan hal yang esensial (Kumaran et al., 2018). Hal tersebut dikarenakan sebagian besar wisatawan asing yang berkunjung ke Bali bukanlah kelompok masyarakat yang familiar dengan penyakit daerah tropis, maka dari itu penting adanya konseling sebelum berkunjung ke negara tropis yang endemis dengan DBD seperti di Provinsi Bali, serta melakukan evaluasi atau pemeriksaan setelah kembali ke negara asal (Streit et al., 2012).

Landasan hukum pengendalian DBD sudah ditetapkan dalam beberapa perundangan, secara umum, tentang wabah penyakit menular, kesehatan lingkungan, penanggulangan penyakit menular dan lainnya. Namun dua peraturan di bentuk khusus untuk penanggulangan DBD yaitu Kepmenkes No.581 Tahun 1992 tentang pemberantasan DBD serta Kepmendagri No 31-VI tahun 1994 tentang pembentukan Kelompok Kerja Operasional Pemberantasan DBD (Pokjanal DBD). Upaya pengendalian DBD di Indonesia masih difokuskan pada beberapa poin yaitu: pengendalian vektor dari larva sampai nyamuk dewasa melalui pemberdayaan masyarakat dalam upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN); Surveilans untuk deteksi dini, pencegahan dan pengendalian kasus dan Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD; penatalaksanaan kasus dalam upaya pencegahan kematian akibat DBD;

dukungan manajerial, anggaran, logistik dan Sumber Daya Manusia (SDM) (Kemenkes, 2015).

Hampir serupa dengan kasus DBD, pada kasus rabies diperlukan juga adanya pemberitahuan bagi para wisatawan sebelum berkunjung ke Bali, bahwa Bali kembali menjadi daerah endemis rabies. Pengetahuan tersebut juga harus melingkupi informasi mengenai jenis dan ciri HPR serta penanganan pertama dan lanjutan pasca gigitan HPR, termasuk juga inisiasi pemberian Vaksin Antirabies (VAR). Diperlukan kesadaran dari masyarakat khususnya yang memelihara anjing untuk melakukan vaksinasi. Namun penelitian di Flores, Indonesia mengindikasikan bahwa selain kesadaran akan VAR, cakupan VAR juga dipengaruhi oleh akses serta ketersediaan VAR terutama di daerah pelosok (Wera et al., 2015). Di Provinsi Bali, kebiasaan memelihara anjing dimotivasi oleh budaya dan fungsi anjing tersebut sebagai penjaga rumah. Akan tetapi beberapa praktik yang dilakukan di Bali cenderung dapat meningkatkan risiko rabies, seperti pembiaran anjing berkeliaran, tidak mendata anjing dan memberikan VAR, serta pembiaran anjing betina untuk berkembang biak, sehingga meningkatkan populasi anjing, yang sebagian besar tidak secara penuh dirawat dan diperhatikan oleh pemilik anjing tersebut (Widyastuti et al., 2015).

Salah satu strategi dan pendekatan global untuk penanggulangan zoonosis termasuk rabies yaitu program “One Health”, yang mana Indonesia juga terlibat dalam jejaring program tersebut. Pendekatan “One Health” menitikberatkan pada kerjasama multidisiplin dalam penanganan penyakit yang disebabkan atau ditularkan oleh hewan, termasuk penyehatan lingkungan, sehingga dapat berdampak pada derajat kesehatan yang lebih optimal (WHO, 2017a). Walaupun pendekatan ini dirancang untuk menjawab dan merencanakan berbagai strategi untuk penanggulangan zoonosis secara

komprehensif, namun penilaian mengenai efektifitasnya masih sangat terbatas. Beberapa penelitian mengindikasikan bahwa efektifitas pendekatan “One Health” sering diasumsikan tanpa disertai dengan fakta yang sifatnya ilmiah dan biasanya hanya dinilai secara subjektif. Tidak tersedianya kerangka kerja yang tersandarisasi, bahkan dalam format yang umum, untuk memetakan matrik pencapaian antar disiplin ilmu, juga menyebabkan terhambatnya adopsi pendekatan “One Health” di kalangan masyarakat (Baum et al., 2017).

Tidak seperti penyakit akibat vektor maupun penyakit zoonosis yang banyak dipengaruhi oleh lingkungan fisik, penyebaran HIV dan AIDS lebih ditekankan pada pengaruh lingkungan sosial masyarakat terkait perilaku seksual individu dalam penggunaan kondom secara konsisten, jumlah pasangan seksual, norma dan pandangan kelompok terkait pencarian tes dan pengobatan serta, adanya stigma di masyarakat terhadap tes dan orang dengan HIV (ODHA) (Crawford et al., 2016). Berdasarkan hal tersebut, penatalaksanaan kasus HIV dan AIDS lebih ditekankan pada pendekatan pasangan atau kelompok khususnya pada kelompok berisiko tinggi yang sifatnya homogen, seperti pekerja seks, pengguna narkoba suntik, laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), termasuk juga para ibu melalui program *Prevention of Mother to Child HIV Transmission* (PMTCT). Salah satu kekuatan yang penting dalam penanggulangan HIV dan AIDS adalah layanan kesehatan, sehingga layanan kesehatan di Indonesia termasuk di Bali dirancang untuk secara aktif dan siap melayani pemeriksaan HIV untuk seluruh kalangan termasuk kalangan yang secara sosial masih termarginalisasi. Pelayanan berbasis komunitas menjadi salah satu cara untuk meningkatkan kunjungan tes HIV serta IMS, disamping juga pemerintah mulai

menggalakkan integrasi layanan VCT ke dalam seluruh jenis layanan kesehatan yang dimulai pada level pelayanan primer (Kelly et al., 2017).

Di Indonesia, berdasarkan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) tahun 2015 sampai 2019, penanggulangan HIV disusun menjadi empat strategi kunci yaitu (KPAN, 2015):

1. Pencegahan komprehensif, yang bertujuan untuk menghindarkan masyarakat agar tidak tertular HIV, dan bagi para ODHA agar tidak masuk dalam fase AIDS, sehingga tidak terdapat sumber penularan yang baru.
2. *Continuum of Care* (COC), ditujukan agar seluruh populasi kunci mendapatkan dan memperoleh dampak dari program penanggulangan HIV dan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan, atau yang sering disebut dengan istilah layanan komprehensif berkesinambungan (LKB).
3. Populasi kunci, yang merupakan sasaran primer atau fokus dari pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Populasi kunci yang dimaksud adalah Wanita Pekerja Seks (WPS) dan pelanggannya, pemakai narkoba suntik (Penasun), LSL, waria, laki-laki berisiko tinggi (LBT) serta pasangan mereka.
4. Daerah prioritas, ditujukan agar pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS difokuskan pada daerah yang tingkat risiko penularan HIV yang tinggi, beban penyakit HIV dan AIDS yang tinggi, sehingga program dapat berjalan dengan lebih efektif dan efisien.

Salah satu strategi pencegahan penularan HIV yang terkini yang juga telah diadopsi di banyak negara maju termasuk beberapa negara berkembang seperti Thailand adalah penggunaan PrEP. *Pre-exposure prophylaxis* atau PrEP merupakan sejenis antiretroviral yang digunakan untuk mencegah penularan HIV untuk orang yang

memiliki status HIV negatif. Kemanjuran pemakaian PrEP ini telah dibuktikan dalam empat studi *Randomized Control Trial* (RCT), yang menunjukkan efektifitas PrEP tinggi apabila digunakan secara langsung dan konsisten. Berdasarkan hal tersebut, sejak September 2015, WHO telah merekomendasikan untuk menawarkan PrEP kepada kelompok berisiko tinggi penularan HIV, sebagai bagian dari program pencegahan HIV yang komprehensif (WHO, 2017b). Akan tetapi, penerapan PrEP di Indonesia masih belum dapat dilaksanakan dikarenakan berbagai macam alasan seperti, pemerintah belum begitu yakin akan efisiensi PrEP dibanding strategi pencegahan HIV lainnya, mengingat sasaran PrEP adalah populasi dengan HIV negatif yang mana jumlahnya akan jauh lebih besar dari masyarakat dengan HIV positif, sehingga pemerintah masih ragu untuk menyediakan PrEP secara cuma-cuma.

I.D Tujuan dan kegunaan naskah akademik

Penyusunan Pengaturan Perundang-undangan merupakan suatu hal yang sangat penting dalam konsep Negara hukum dan Demokrasi. Selain ditujukan sebagai salah satu instrumen pemerintah dalam pelaksanaan tata pemerintahan, penyelesaian masalah dalam kehidupan bernegara, sarana perlindungan bagi hak-hak asasi masyarakat, peraturan perundang-undangan juga berfungsi sebagai pembatas kekuasaan pemerintah untuk semaksimal mungkin meminimalisir tindakan sewenang-wenang (*ultra vires*). Selain itu, suatu peraturan perundang-undangan pada hakekatnya merupakan suatu instrumen atau sarana komunikasi tertulis antara pemerintah (penguasa) dengan yang diperintah (rakyat). Kristalisasi dan penetapan hak, kewajiban maupun hubungan hukum antar masyarakat juga menjadi hakikat lain dari suatu peraturan perundang-undangan.

Mengingat pentingnya peranan peraturan perundang-undangan dalam menciptakan kepastian hukum bagi pemerintah daerah dan masyarakat, maka dalam penyusunannya bukan merupakan hal yang dapat begitu saja dilakukan tanpa ada kajian ilmiah terlebih dahulu. Kajian tersebut harus dapat mencakup berbagai perspektif terkait antara lain; perumusan masalah, kebutuhan masyarakat akan peraturan perundang-undangan, faktor-faktor penentu yang berpengaruh seperti kapasitas dan kapabilitas pemerintah dalam menyusun maupun menerapkan peraturan perundang-undangan, kapasitas dan kapabilitas masyarakat yang akan terkena pengaturan perundang-undangan, dan faktor-faktor lainnya. Dari pemikiran inilah dianggap perlu untuk menyusun suatu Naskah Akademik sebagai tahap pendahuluan dalam proses penyusunan suatu peraturan perundang-undangan. Dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan dalam Pasal 1 angka 11 menyebutkan bahwa Naskah Akademik adalah naskah hasil penelitian atau pengkajian hukum dan hasil penelitian lainnya terhadap suatu masalah tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah mengenai pengaturan masalah tersebut dalam suatu Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, atau Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota sebagai solusi terhadap permasalahan dan kebutuhan hukum masyarakat. Dari uraian di atas, maka Naskah Akademik disusun sebagai tahapan awal

Dalam rangkaian proses penyusunan suatu peraturan perundang-undangan yang selain menjadi landasan ilmiah bagi penyusunan rancangan peraturan perundang-undangan. Kegunaan penyusunan naskah akademik rancangan peraturan daerah tentang Sistem Kesehatan Daerah di Bali ini memberikan arah dan menetapkan ruang lingkup proses perancangan peraturan perundang-undangan dan memberikan pencitraan yang utuh

terhadap suatu konsepsi permasalahan yang sedang dihadapi. Naskah Akademik berguna bukan hanya sebagai bahan masukan bagi pembuat Rancangan Peraturan Perundang-undangan yang akan dibahas bersama antara eksekutif dengan legislatif.

Tujuan penyusunan naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah Tentang Sistem Kesehatan Daerah Provinsi Bali ini adalah:

1. Mengkaji dan meneliti secara akademik pokok-pokok materi yang ada dan harus ada dalam Rancangan Peraturan Daerah Tentang SKD Provinsi Bali;
 2. Mengkaji keterkaitan pokok-pokok pikiran tersebut dengan peraturan perundang-undangan lainnya, sehingga jelas kedudukan dan ketentuan yang diaturnya.
- Sasaran yang hendak dicapai dalam penyusunan naskah akademik ini adalah tersusunnya Rancangan Peraturan Daerah Tentang SKD di Bali.

Bab 2 Kajian Teoritis dan Empirik

II.A Pembangunan kesehatan, peran pemerintah daerah dalam mencapai SPM dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Desain konstruksi terkait distribusi urusan pemerintahan telah secara definitif dituangkan dalam Pasal 18 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 yang menyatakan, Pemerintahan Daerah Provinsi, Daerah Kabupaten/ Kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan. Pengaturan tersebut memberikan kejelasan bahwa pelaksana urusan pemerintahan adalah Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota, selain Kementerian Negara. Pembagian urusan pemerintahan di Indonesia pada hakikatnya dibagi ke dalam tiga kategori, yakni urusan pemerintahan yang dikelola oleh pemerintah pusat, urusan pemerintahan yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah Provinsi, urusan pemerintahan yang dilaksanakan oleh pemerintah Kabupaten/Kota (Sunarno, 2012). Penyelenggaraan urusan pemerintahan dibagi dalam kriteria eksternalitas, akuntabilitas, efisiensi dengan memperhatikan keserasian hubungan antar susunan pemerintahan, sebagai suatu sistem antara hubungan kewenangan pemerintah, kewenangan pemerintah daerah Provinsi, dan pemerintah Kabupaten/Kota, atau antar pemerintahan daerah yang saling terkait, tergantung dan sinergis (Sunarno, 2012). Selaras dengan tujuan otonomi daerah penyelenggaraan Pemerintahan daerah diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan dan peran serta

masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, dan kekhasan suatu daerah dalam sistem NKRI.

Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah membagi urusan pemerintahan menjadi urusan pemerintahan absolut, umum dan konkuren. Urusan konkuren adalah urusan pemerintahan yang penanganannya dalam bagian atau bidang tertentu dapat dilaksanakan bersama antara pemerintah dan pemerintah daerah. Dengan demikian, setiap urusan yang bersifat konkuren senantiasa ada bagian urusan yang diserahkan kepada provinsi dan ada bagian urusan diserahkan kepada kabupaten/kota (Sarman, 2011). Berdasarkan Undang-Undang tersebut, kesehatan merupakan salah satu dari enam urusan pemerintahan konkuren wajib pemerintah yang terkait dengan layanan dasar sehingga Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota memiliki peran dan tanggungjawab dalam urusan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Undang-Undang tersebut.

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Kemenkes RI, 2015). Aktor dalam pembangunan kesehatan terdiri dari pemerintah, swasta dan masyarakat. Pemerintah merupakan aktor dalam sistem kesehatan yang memiliki peran paling luas dibandingkan dengan masyarakat dan swasta (Buse et al., 2010). Dalam konteks *good governance*, peran pemerintah dalam pembangunan kesehatan terdiri dari peran regulasi, pemberi dana, penyedia layanan, pengembangan SDM dan sumber daya lainnya (Kovner, 1995). Pemerintah daerah berperan sebagai regulator

pelayanan kesehatan yang bertanggungjawab menyiapkan arah untuk mengoptimalkan penyelenggaraan pembangunan kesehatan melalui pengembangan kebijakan sektor kesehatan. Terkait dengan pendanaan, pemerintah daerah berkewajiban untuk penyediaan dana untuk kesehatan baik yang bersumber dari APBD (yang idealnya sebesar 10% dari total belanja APBD diluar gaji) serta sumber pendanaan lainnya. Peran pengembangan SDM kesehatan dan sumber daya lainnya dimanifestasikan dalam bentuk perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP di tingkat daerah, pengelolaan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan di tingkat daerah, pengembangan infrastruktur dan sarana prasarana kesehatan, logistik kesehatan, serta pengembangan sistem informasi. Sebagai penyedia layanan, pemerintah daerah mengelola UKM dan UKP rujukan, menyelenggarakan upaya pemberdayaan masyarakat di tingkat daerah, serta berkewajiban melaksanakan pelayanan dasar urusan kesehatan berpedoman pada standar pelayanan minimal (SPM).

Sebagai kebutuhan dasar setiap manusia, pembangunan di bidang kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat, tapi juga Pemerintah Daerah. Namun demikian, mengingat keragaman kemampuan fiskal, komitmen pemerintah daerah terhadap kesehatan, kondisi sosio-demografis dan status kesehatan masyarakat antar daerah di Indonesia, maka peran pemerintah di bidang kesehatan harus distandarisasi melalui Standar Pelayanan Minimal (SPM). Untuk menjamin bahwa seluruh masyarakat tanpa terkecuali dapat mengakses layanan dasar, termasuk kesehatan, yang memenuhi standar minimal maka pemerintah menerbitkan peraturan perundang-undangan tentang standar pelayanan minimal yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang SPM Bidang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal. Berdasarkan

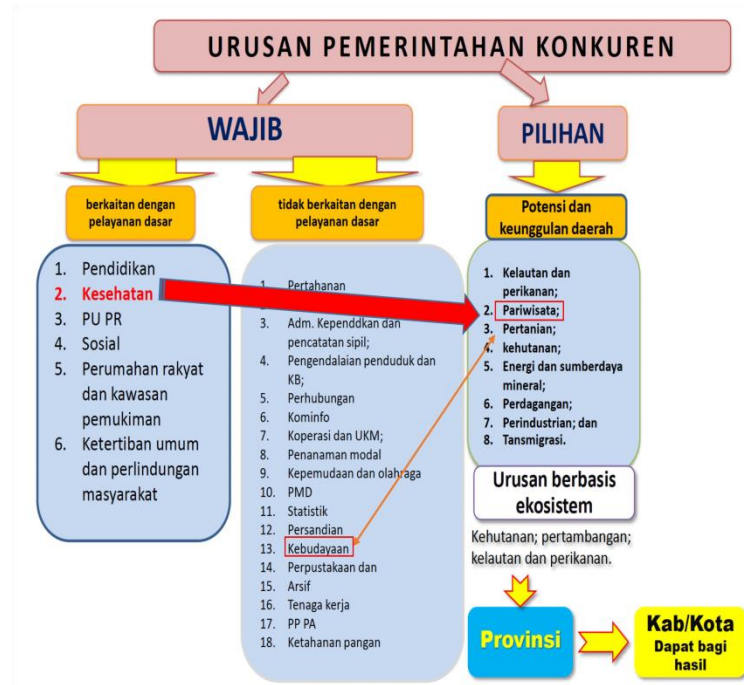
Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, Pasal 6, terdapat 2 jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan daerah provinsi dan 12 jenis pada SPM Kesehatan daerah Kabupaten/Kota. Konsep SPM yang baru adalah pencapaian target lebih diarahkan kepada kewenangan dan kinerja Pemerintah Daerah.

Tabel7. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal

Daerah	Standar Pelayanan Minimal Kesehatan
Provinsi	1. Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi; dan 2. Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi.
Kabupaten/kota	1. Pelayanan kesehatan ibu hamil; 2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin; 3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir; 4. Pelayanan kesehatan balita; 5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar; 6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif; 7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut; 8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi; 9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus; 10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat; 11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; 12. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 maka salah satu urusan pemerintahan konkuren wajib pemerintah Provinsi Bali (yang tidak berkaitan dengan

layanan dasar) adalah kebudayaan, sedangkan urusan konkuren pilihan yang berdasarkan potensi dan keunggulan daerah Bali adalah pariwisata.



Gambar 28. Kesehatan, Kebudayaan & Pariwisata sebagai Urusan Pemerintahan Konkuren

Kunjungan wisatawan ke Bali menunjukkan kecenderungan peningkatan setiap tahun dan sepanjang tahun 2017 terdapat total 5.697.739 wisatawan yang berkunjung ke Bali (BPS Provinsi Bali, 2018). Perekonomian di Bali pada tahun 2017 tumbuh sebesar 5,59% dan dari sisi produksi pertumbuhan tertinggi dicapai oleh lapangan usaha yang terkait dengan pariwisata yaitu penyediaan akomodasi dan makan minum sebesar 9,25% (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2018). Bali memiliki potensi atau keunggulan sebagai daerah tujuan pariwisata dunia, tidak hanya karena keindahan alam melainkan juga kebudayaannya. Kebudayaan Bali sebagai bagian dari kebudayaan Indonesia adalah landasan utama pembangunan kepariwisataan Bali yang mampu menggerakkan potensi kepariwisataan dalam dinamika kehidupan lokal, nasional dan global.

Kebudayaan daerah Bali yang dijiwai oleh Agama Hindu dalam eksistensinya menunjukkan ciri yang unik, kaya akan variasi serta memiliki akar dan perjalanan sejarah yang amat panjang pada hakekatnya amat potensial bagi peningkatan kepariwisataan di Daerah Bali. Kebudayaan dimaksud mencakup satu lingkup yang luas meliputi tiga wujud (ideal, perilaku dan material) serta tujuh unsur pokok (sistem peralatan dan teknologi, sistem mata pencaharian, sistem kemasyarakatan, bahasa, kesenian, sistem pengetahuan, dan sistem religi). Untuk menumbuhkembangkan pariwisata budaya tersebut diperlukan langkah-langkah pengaturan yang makin mampu mewujudkan keterpaduan demi untuk berdaya guna dan berhasil guna serta mencegah dampak negatif terhadap berbagai aspek kehidupan, sehingga benar-benar dapat diwujudkan cita-cita pariwisata untuk Bali dan bukan Bali untuk pariwisata (Pemerintah Provinsi Bali, 2012).

Selain pariwisata budaya, pariwisata kesehatan yang terdiri dari *health*, *wellness* and *medical tourism* juga memiliki potensi yang besar untuk dikembangkan di Bali. *Health tourism* diartikan sebagai perjalanan yang ditempuh ke lokasi lain yang bertujuan untuk meningkatkan, memelihara atau memulihkan kesehatan fisik, mental dan sosial (De la Barre et al., 2009). *Health tourism* merupakan istilah yang komprehensif yang memayungi *wellness* dan *medical tourism* (Voigt et al., 2011). *Medical tourism* menyangkut perjalanan untuk mengakses layanan medis berupa pengobatan, operasi dan atau tindakan medis lainnya, yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit atau masalah kesehatan. Sedangkan *wellness tourism* dinyatakan sebagai perjalanan untuk meningkatkan dan memelihara kesejahteraan (*wellbeing*) yang holistik yang meliputi tubuh, pikiran dan jiwa (Voigt et al., 2011).

Salah satu layanan *health dan wellness tourism* yang terkenal di Bali adalah Spa. Bali telah dikenal sebagai salah satu destinasi Spa terbaik di dunia. The Jakarta Post memberitakan bahwa pada tahun 2009, Bali juga mendapat penghargaan sebagai the “*World’s Best Spa Destination*” (The Jakarta Post, 2009). Dalam hal *medical tourism*, salah satu contoh layanan kesehatan di Bali yang telah mendapat pengakuan internasional dan telah diakses oleh orang-orang dari negara lain adalah layanan *in vitro fertilization* (IVF) di Royal IVF Clinic, Rumah Sakit Bros. Layanan fertilitas di Rumah Sakit tersebut mendapat pengakuan sebagai ‘*Highly Commended*’ klinik infertilitas internasional pada IMTJ Medical Travel Awards 2015 (IMTJ, 2015).

Selama ini, pengaturan terhadap kesehatan, kebudayaan dan pariwisata oleh pemerintah daerah masih bersifat sektoral dan belum terintegrasi. Hingga saat ini, pada tataran regulasi, kesehatan belum terintegrasi dengan pariwisata dan budaya. Hal tersebut tercermin dari Peraturan Daerah Provinsi Bali Nomor 2 Tahun 2012 tentang Kepariwisata Budaya Bali. Salah satu dari tujuan Perda tersebut adalah untuk mencegah dampak negatif pariwisata terhadap berbagai aspek kehidupan masyarakat Bali. Kendati demikian, substansi Perda tersebut tidak menyinggung tentang kesehatan, aspek yang sangat penting dalam kehidupan masyarakat yang juga bisa terdampak oleh dan berdampak bagi pariwisata. Pembangunan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari pembangunan sektor pariwisata. Perkembangan pariwisata mensyaratkan kondisi kesehatan daerah yang optimal. Di sisi lain, perkembangan pariwisata juga dapat berdampak pada kesehatan masyarakat di daerah tujuan. Pariwisata yang sehat akan dapat mempromosikan pariwisata di daerah tersebut. Sebaliknya, pariwisata yang tidak sehat akan berdampak negatif terhadap industri pariwisata dan masyarakat setempat (Wirawan et al., 2017).

Masalah kurang optimalnya integrasi antara ketiga sektor tersebut juga tampak dari kenyataan bahwa terlepas dari keberhasilan dari beberapa layanan *health, wellness* dan *medical tourism* untuk mendapatkan pengakuan internasional dan diakses oleh orang-orang dari berbagai negara, masih terdapat ragam layanan kesehatan tradisional yang berakar pada budaya Bali yang belum tersentuh oleh sektor pariwisata. Kendala yang dijumpai dalam pengembangan layanan kesehatan tradisional tersebut antara lain kurangnya standarisasi kualitas serta keamanan baik produk maupun pemberi pelayanannya.

Di sisi lain, integrasi upaya kesehatan dengan budaya dan nilai kearifan lokal juga masih perlu ditingkatkan. Selain budaya sebagai aset pembangunan pariwisata di Bali, budaya juga dapat menjadi determinan masalah kesehatan masyarakat. Sebagai ilustrasi adalah budaya pemeliharaan anjing lokal di Bali sebagai salah satu determinan dari kejadian Rabies. Anjing yang tidak dirawat dengan baik, tidak mendapat makanan yang cukup, tidak divaksinasi, tidak diperhatikan kesehatannya, dan dibiarkan menjadikan anjing tersebut rentan untuk terjangkit rabies (Dibia et al., 2015). Oleh karena itu, upaya penanggulangan rabies dan masalah kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan memperhatikan faktor budaya yang mendasari. Potensi Desa Pekraman dalam pengalokasian sumberdaya, pengelolaan upaya kesehatan serta penetapan awig-awig untuk mendukung upaya pembangunan kesehatan perlu dimanfaatkan secara optimal.

Tantangan besar bagi Pemerintah Daerah Provinsi Bali adalah bagaimana mengintegrasikan dan meningkatkan sinergitas antara pembangunan kesehatan, kebudayaan dan pariwisata sehingga dapat berimplikasi positif bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat Bali.

Secara nasional, sejak era otonomi daerah, fungsi regulasi merupakan fungsi yang paling lemah implementasinya dibandingkan fungsi pemberi dana, penyedia layanan dan pengembang sumber daya (Fitri et al., 2014). Ketergantungan daerah terhadap pengaturan dari pemerintah pusat masih cukup tinggi. Kemauan dan kemampuan daerah untuk mengeksekusi kewenangan regulasi juga bervariasi. Pemerintah pusat berupaya mendorong urusan kesehatan diselenggarakan secara serius oleh pemerintah daerah dengan mengembangkan berbagai pedoman dalam bentuk SPM, NSPK dan petunjuk teknis lainnya. Peraturan-peraturan yang dikeluarkan pemerintah pusat cukup detail sehingga tidak jarang meskipun diatur kembali oleh daerah sifatnya lebih berwujud sebagai desentralisasi formalistik. Hal tersebut menjadikan pemerintah daerah cenderung pasif sehingga kewenangan regulasi kesehatan di era otonomi daerah menjadi terbatas baik dari segi jumlah maupun substansi pengaturannya.

Menilik kompleksitas permasalahan dan tantangan yang dihadapi pembangunan kesehatan di Bali serta kekuatan dan peluang yang dimiliki, pengembangan kebijakan kesehatan termasuk regulasi akan menjadi agenda penting bagi pemerintah daerah. Regulasi bidang kesehatan di Provinsi Bali saat ini masih terbatas dari segi jumlah dan substansi pengaturannya. Regulasi yang dibuat sebagian besar mengatur sub-sistem yang pengaturannya bersifat teknis (seperti peraturan tentang upaya penanggulangan HIV, Kawasan Tanpa Rokok, penanggulangan rabies) dan belum terdapat regulasi yang mengatur supra-sistem yaitu sistem kesehatan daerah. Regulasi yang dikembangkan terlebih dahulu idealnya adalah regulasi yang mengatur supra-sistem yang pengaturannya lebih ke hulu, bersifat lebih umum, luas dan fundamental. Regulasi tersebut akan menjadi payung hukum bagi regulasi yang mengatur sub-sistem, dengan ruang lingkup yang lebih spesifik dan teknis. Risiko dari didahuluinya produksi regulasi yang mengatur supra-sistem oleh regulasi yang mengatur sub-sistem

adalah ketidakteraturan logika hukum serta kemungkinan adanya duplikasi dalam muatan produk regulasi tersebut. Oleh karena itu, peraturan daerah mengenai Sistem Kesehatan Provinsi sebagai masterplan dalam pembangunan kesehatan di Bali hendaknya dikembangkan terlebih dahulu, sebagai pijakan bagi pengembangan regulasi yang lebih spesifik mengatur upaya kesehatan dan sub-sistem kesehatan lainnya. Peraturan daerah mengenai Sistem Kesehatan Provinsi akan menjadi regulasi induk dari peraturan pelaksana lainnya seperti Peraturan dan Surat Keputusan Gubernur yang mengatur sub-sistem kesehatan sesuai dengan konteks spesifik daerah. Keberadaan Peraturan daerah tentang sistem kesehatan provinsi akan menjadikan peraturan pelaksana turunannya memiliki kekuatan hukum yang mengikat karena diperintahkan oleh peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi.

II.B Analisis SWOT pembangunan kesehatan di Bali dan perlunya pengembangan sistem kesehatan daerah Provinsi Bali

Analisis situasi lingkungan merupakan komponen fundamental proses perencanaan strategis. Analisis situasi lingkungan pembangunan kesehatan di Bali dilakukan dengan menggunakan analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) yang merupakan salah satu instrumen yang kerap digunakan dalam manajemen strategis karena sifatnya yang sederhana, praktis, serta kemampuannya dalam memfokuskan perhatian pada isu kunci yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan organisasi (Alkhafaji, 2003; Hitt et al., 2007). Pemetaan terhadap kondisi lingkungan internal yang terdiri dari kekuatan (*strengths*), kelemahan (*weaknesses*), serta lingkungan eksternal yang meliputi peluang (*opportunities*) dan ancaman (*threats*) dilakukan melalui studi dokumentasi dan melalui *Focus Group Discussion* dengan Dinas Kesehatan serta pemangku kepentingan terkait.

Analisis Lingkungan Eksternal

Lingkungan eksternal adalah berbagai faktor diluar sektor kesehatan yang harus diperhitungkan dalam rangka pengembangan strategi pembangunan kesehatan. Analisis lingkungan eksternal perlu dilakukan untuk mengidentifikasi peluang dan ancaman yang dihadapi sektor kesehatan sehingga dapat dirumuskan strategi guna mengambil keuntungan dari berbagai peluang tersebut dan menghindari atau meminimalkan dampak dari ancaman potensial yang ada (Alkhafaji, 2003; Hitt et al., 2007)

Tabel 8. Analisis Lingkungan Eksternal Pembangunan Kesehatan di Provinsi Bali

Isu	Kondisi saat ini & tren	Peluang (<i>Opportunities</i>)	Tantangan (<i>Threats</i>)
Politik	Komitmen pemerintah daerah terhadap kesehatan cukup tinggi	+	
Geografis	Kondisi geografis wilayah yang mudah dijangkau. Wilayah kepulauan (Nusa Penida) juga telah relatif mudah dijangkau.	+	
	Ancaman bencana erupsi Gunung Agung		+
Demografis	Tingginya mobilitas penduduk		+
	Meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut		+
Pendidikan	Status pendidikan masyarakat cukup baik (rata-rata lama sekolah 8,36 tahun dan angka melek huruf usia 15 tahun keatas 92,9%)	+	
Pariwisata	Tingginya angka kunjungan wisatawan mancanegara	+	
Kapasitas fiskal antar daerah Kab/Kota	Ketimpangan kapasitas fiskal antar daerah Kabupaten/Kota di Bali		+
Desentralisasi	Pembagian urusan dan kewenangan pemerintah pusat, Provinsi dan	+	

Isu	Kondisi saat ini & tren	Peluang (Opportunities)	Tantangan (Threats)
	Kab/Kota yang makin jelas di era desentralisasi (misalnya: UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah)		
Tuntutan masyarakat	Tuntutan masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas makin meningkat		+
Komitmen internasional	Tuntutan pencapaian SDGs		+
Pembiayaan pusat dan daerah	Bertambahnya alternatif pembiayaan kesehatan (dana desa, pajak rokok)	+	
Regulasi	Adanya regulasi bidang non-kesehatan terkait yang menunjang pembangunan kesehatan	+	
Masyarakat	Rendahnya kesadaran masyarakat untuk hidup sehat dan untuk menjadi peserta JKN		+
	Peran desa adat dalam pembangunan kesehatan belum optimal		+
Teknologi informasi dan komunikasi	Akses yang cukup baik terhadap teknologi komunikasi dan informasi	+	
Transportasi	Sistem transportasi publik yang kurang memadai		+

Analisis Lingkungan Internal

Lingkungan internal dalam pembangunan kesehatan adalah komponen-komponen dari sistem kesehatan itu sendiri yang memiliki implikasi yang langsung dan khusus pada pembangunan kesehatan. Analisis terhadap lingkungan internal pembangunan kesehatan di Provinsi Bali bertujuan untuk mengidentifikasi sejumlah kekuatan dan kelemahan yang terdapat pada sumber daya dan proses internal sektor kesehatan.

Pemahaman mengenai kondisi internal sistem kesehatan penting untuk menciptakan efektivitas, efisiensi serta keunggulan sistem kesehatan di Provinsi Bali.

Tabel 9. Analisis Lingkungan Internal Pembangunan Kesehatan di Provinsi Bali

Isu	Kondisi saat ini & tren	Kekuatan (Strengths)	Kelemahan (Weaknesses)
Upaya kesehatan	Ketersediaan fasilitas layanan kesehatan (pemerintah dan swasta) yang cukup memadai	+	
	Keberadaan berbagai jenis layanan kesehatan tradisional & komplementer (ramuan, keterampilan, spiritual) sebagai opsi health dan wellness tourism	+	
	Belum semua UKM berjalan dengan optimal		+
	Belum optimalnya penyelenggaraan upaya yankestradkom		+
	Belum optimalnya upaya pengaturan perijinan, standarisasi mutu, pengawasan dan pembinaan yankestradkom		+
	Belum adanya pengaturan pola tarif untuk layanan yankestradkom		+
	Ketersediaan klinik travel medicine terbatas		+
	Kerjasama lintas sektor untuk meningkatkan <i>health</i> , <i>wellness</i> dan <i>healthy tourism</i> belum optimal		+
	Bervariasinya kondisi kesiapsiagaan bencana di berbagai jenjang dan tipe fasilitas kesehatan		+
	Kurang optimalnya akses masyarakat terhadap layanan rawat inap terkait sistem rujukan JKN		+
	Kurang optimalnya layanan kegawatdaruratan di tingkat desa		+
	Bervariasinya kualitas layanan		+

Isu	Kondisi saat ini & tren	Kekuatan (Strengths)	Kelemahan (Weaknesses)
	kesehatan		
Penelitian dan pengembangan	Telah dikembangkan kerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan yang memiliki keunggulan dalam yankestrad dan kesehatan pariwisata	+	
	Belum optimalnya penggunaan hasil-hasil penelitian untuk pembuatan kebijakan		+
	Belum ada lembaga yang berfungsi memetakan kebutuhan, merencanakan prioritas, penggunaan hasil (<i>evidence based policy and program</i>) penelitian dan pengembangan		+
	Belum optimalnya penelitian pada upaya kesehatan tradisional dan komplementer serta kesehatan pariwisata		+
Pembiayaan kesehatan	Pembiayaan kesehatan yang cukup memadai	+	
	Kepesertaan JKN belum optimal (16% penduduk Bali tanpa JKN)		+
	Belum optimalnya pemanfaatan alternatif sumber pembiayaan kesehatan (dana desa, CSR)		+
	Ketidakadilan antar Kabupaten/Kota akibat inovasi dan strategi pembiayaan yang berbeda-beda		+
	Belum optimalnya <i>provincial</i> dan <i>district health account</i>		+
SDM Kesehatan	Secara umum, kuantitas SDM kesehatan yang ada saat ini telah cukup memadai untuk penyelenggaraan layanan kesehatan	+	
	Adanya kerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan	+	
	Belum terpenuhinya kuantitas beberapa jenis SDM (tenaga analis kesehatan, apoteker, tenaga kesehatan masyarakat)		+

Isu	Kondisi saat ini & tren	Kekuatan (Strengths)	Kelemahan (Weaknesses)
	Adanya kualifikasi tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang dijalankan		+
	Terbatasnya kuantitas nakes terlatih yankestradkom dan yang memiliki kapasitas kesehatan pariwisata		+
	Kualitas SDM Kesehatan masih belum optimal. Jumlah dan jenis pelatihan masih terbatas, pendampingan terbatas		+
	Distribusi SDM kesehatan belum merata		+
	Mutasi SDM Kesehatan terlatih		+
	Belum optimalnya registrasi dan sertifikasi nakes tradisional		+
Sediaan farmasi, alat kesehatan & makanan	Logistik kesehatan yang tersedia cukup memadai untuk mendukung penyelenggaraan layanan	+	
	Kurang optimalnya pengadaan logistik kesehatan (obat, alkes dan perbekes) secara <i>e-purchasing</i> yang berdampak pada ketersediaan obat di layanan		+
	Masih lemahnya pembinaan dan pengawasan di sarana produksi, distribusi dan pelayanan kefarmasian		+
	Pelayanan kefarmasian yang belum sesuai standar		+
	Beredarnya obat dan suplemen tradisional yang belum terbukti keamanan dan efikasinya		+
	Masih rendahnya penggunaan obat rasional di masyarakat		+
Manajemen, informasi dan regulasi kesehatan	Tersedianya peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan tingkat nasional yang mencakup SPM, NSPK dan petunjuk teknis	+	
	Sistem informasi kesehatan belum terintegrasi secara baik dan data yang ada masih perlu ditingkatkan		+

Isu	Kondisi saat ini & tren	Kekuatan (Strengths)	Kelemahan (Weaknesses)
	kualitasnya		
	Regulasi kesehatan oleh pemerintah daerah masih terbatas kuantitas dan substansi pengaturannya. Regulasi yang ada mengatur sub-sistem dan bersifat teknis. Belum ada regulasi terkait sistem kesehatan daerah yang pengaturannya lebih ke hulu.		+
	Belum optimalnya penggunaan data untuk perencanaan kebijakan dan program kesehatan berbasis bukti (<i>evidence based health policy and planing</i>)		+
Pemberdayaan masyarakat	Peningkatan kuantitas UKBM	+	
	Kurang optimalnya kualitas UKBM		+
	Peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan seperti PHBS, GERMAS, Posyandu belum optimal		+
	CSR untuk program kesehatan belum optimal		+
	Jumlah desa yang memanfaatkan dana desa untuk UKMBM masih belum optimal		+

II.C Asas-asas pembentukan peraturan daerah SKD Provinsi Bali

Asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, sebagaimana yang dikehendaki oleh tujuan hukum, yakni adanya keadilan dan kepastian hukum, adalah telah dipositipkan dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011. Dalam undang-undang sebagaimana dimaksud, asas yang bersifat formal diatur dalam Pasal 5 dan asas yang bersifat materiil diatur dalam Pasal 6. Pengertian masing-masing asas ini dikemukakan dalam penjelasan pasal dimaksud. Dalam pembentukan peraturan

perundang-undangan yang baik, asas yang bersifat formal pengertiannya dapat dikemukakan dalam tabel berikut.

Tabel10. Asas Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan Yang Baik, Yang Bersifat Formal (Berdasarkan Pasal 5 UU 12/2011 Dan Penjelasannya)

Pasal 5 UU 12/2011	Penjelasan Pasal 5 UU 12/2011
kejelasan tujuan	bahwa setiap Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (PPu) harus mempunyai tujuan yang jelas yang hendak dicapai.
Kelembagaan atau pejabat pembentuk yang tepat	bahwa setiap jenis PPu harus dibuat oleh lembaga negara atau pejabat Pembentuk PPu yang berwenang. PPu tersebut dapat dibatalkan atau batal demi hukum apabila dibuat oleh lembaga negara atau pejabat yang tidak berwenang.
Kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan	bahwa dalam Pembentukan PPu harus benar-benar memperhatikan materi muatan yang tepat sesuai dengan jenis dan hierarki PPu.
Dapat dilaksanakan	bahwa setiap Pembentukan PPu harus memperhitungkan efektivitas PPu tersebut di dalam masyarakat, baik secara filosofis, sosiologis, maupun yuridis.
Kedayagunaan dan kehasilgunaan	bahwa setiap PPu dibuat karena memang benar-benar dibutuhkan dan bermanfaat dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.
Kejelasan rumusan	bahwa setiap PPu harus memenuhi persyaratan teknis penyusunan PPu, sistematika, pilihan kata atau istilah, serta bahasa hukum yang jelas dan mudah dimengerti sehingga tidak menimbulkan berbagai macam interpretasi dalam pelaksanaannya.

Pasal 5 UU 12/2011	Penjelasan Pasal 5 UU 12/2011
Keterbukaan	bahwa dalam Pembentukan PPU mulai dari perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan, dan pengundangan bersifat transparan dan terbuka. Dengan demikian, seluruh lapisan masyarakat mempunyai kesempatan yang seluas-luasnya untuk memberikan masukan dalam Pembentukan PPU.

Sumber: Diolah dari Pasal 5 UU 12/2011 dan Penjelasan

Adapun asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik, yang bersifat materiil berikut pengertiannya, sebagaimana tampak dalam tabel berikut.

Tabel11. Asas Pembentukan Peraturan Perundang-undangan Yang Baik, Yang Bersifat Materiil (berdasarkan Pasal 6 ayat (1) dan ayat (2) UU 12/2011 dan Penjelasan) :

PASAL 6 UU 12/2011	PENJELASAN PASAL 6 UU 12/2011
Ayat (1) Materi muatan Peraturan Perundang-undangan harus mencerminkan asas:	
A. Pengayoman	Bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan (PPU) harus berfungsi memberikan perlindungan untuk menciptakan ketentraman masyarakat.
B. Kemanusiaan	Bahwa setiap Materi Muatan PPU harus mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk Indonesia secara proporsional.
C. Kebangsaan	Bahwa setiap Materi Muatan PPU harus mencerminkan sifat dan watak bangsa Indonesia yang majemuk dengan tetap menjaga prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.

D. Kekeluargaan	Bahwa setiap Materi Muatan PPU harus mencerminkan musyawarah untuk mencapai mufakat dalam setiap pengambilan keputusan.
E. Kenusantaraan	Bahwa setiap Materi Muatan PPU senantiasa memperhatikan kepentingan seluruh wilayah Indonesia dan Materi Muatan PPU yang dibuat di daerah merupakan bagian dari sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
F. Bhineka tunggal ika	Bahwa Materi Muatan PPU harus memperhatikan keragaman penduduk, agama, suku dan golongan, kondisi khusus daerah serta budaya dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.
G. Keadilan	Bahwa setiap Materi Muatan PPU harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara.
H. Kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan	Bahwa setiap Materi Muatan PPU tidak boleh memuat hal yang bersifat membedakan berdasarkan latar belakang, antara lain, agama, suku, ras, golongan, gender, atau status sosial.
I. Ketertiban dan kepastian hukum	Bahwa setiap Materi Muatan PPU harus dapat mewujudkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan kepastian hukum.
J. Keseimbangan, keserasian, dan keselarasan	Bahwa setiap Materi Muatan PPU harus mencerminkan keseimbangan, keserasian, dan keselarasan, antara kepentingan individu, masyarakat dan kepentingan bangsa dan negara.
Ayat (2) PPU tertentu dapat berisi asas lain sesuai dengan bidang hukum Peraturan Perundang-undangan yang bersangkutan.	Antara lain: a. Dalam Hukum Pidana, misalnya, asas legalitas, asas tiada hukuman tanpa kesalahan, asas pembinaan narapidana, dan asas praduga tak bersalah;

	b. Dalam Hukum Perdata, misalnya, dalam hukum perjanjian, antara lain, asas kebebasan berkontrak, dan itikad baik.
--	--

Sumber: Diolah dari Pasal 6 ayat (1) dan ayat (2) UU 12/2011 dan Penjelasan

Asas-asas tersebut kemudian membimbing para legislator dalam perumusan norma hukum ke dalam aturan hukum, yang berlangsung dengan cara menjadikan dirinya sebagai titik tolak bagi perumusan norma hukum dalam aturan hukum.

Sistem Kesehatan Daerah (SKD) dilaksanakan dengan asas:

- a. Landasan idiil yaitu Pancasila
- b. Landasan konstitusional, yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, khususnya Pasal 28A "Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya", Pasal 28B ayat (2) "Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi". Pasal 28C ayat (1) "Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia", Pasal 28H ayat (1) "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan", Pasal 28H ayat (3) "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat",

Pasal 34 ayat (2) "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan", dan Pasal 34 ayat (3) "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak

- c. Landasan Operasional meliputi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan serta Peraturan Presiden No. 72 Th. 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.
- d. Perikemanusiaan, Pembangunan kesehatan harus berlandaskan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan, dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa.
- e. Pemberdayaan dan kemandirian, Setiap orang dan masyarakat bersama dengan Pemerintah dan Pemerintah Daerah berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Kesehatan harus mampu meningkatkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri, kepribadian bangsa, semangat solidaritas sosial, gotong royong, dan penguatan kesehatan sebagai ketahanan nasional

- f. Adil dan merata, Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya.
- g. Pengutamaan dan Manfaat, Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan atau golongan. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergisme yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik, sehingga secara berhasil guna dan bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, beserta lingkungannya. Pembangunan kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin. Perlu diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara pusat dan daerah dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan, yaitu: berpihak pada rakyat, bertindak cepat dan tepat, kerja sama tim, integritas yang tinggi, dan transparansi serta akuntabilitas.
- h. Keseimbangan, setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKD harus dilaksanakan dengan memperhatikan keseimbangan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.

- i. Perlindungan, setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKD harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.
- j. Keadilan, setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKD harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya.
- k. Penghormatan Hak Asasi Manusia (HAM), sesuai dengan tujuan pembangunan nasional dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yaitu untuk meningkatkan kecerdasan bangsa dan kesejahteraan rakyat, maka setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKD harus berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 antara lain mengamanatkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan tanpa membedakan suku, agama, golongan, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Begitu juga bahwa setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.
- l. Sinergisme dan Kemitraan yang Dinamis, SKD akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKD, maupun

dengan sistem serta subsistem lain di luar SKD. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan, dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

- m. Komitmen dan Tata Pemerintahan Yang Baik (*Good Governance*), agar SKD berfungsi baik, diperlukan komitmen yang tinggi, dukungan, dan kerjasama yang baik dari para pelaku untuk menghasilkan tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (*good governance*). Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (transparan), rasional, profesional, serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat (akuntabel).
- n. Legalitas, setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKD harus didasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam menyelenggarakan SKD, diperlukan dukungan regulasi berupa adanya berbagai peraturan perundang-undangan yang responsif, memperhatikan kaidah dasar bioetika dan mendukung penyelenggaraan SKD dan penerapannya (*law enforcement*) dalam menjamin tata tertib pelayanan kesehatan untuk kepentingan terbaik bagi masyarakat.

- o. Antisipatif dan Proaktif, setiap pelaku pembangunan kesehatan harus mampu melakukan antisipasi atas perubahan yang akan terjadi, yang didasarkan pada pengalaman masa lalu atau pengalaman yang terjadi di negara lain. Dengan mengacu pada antisipasi tersebut, pelaku pembangunan kesehatan perlu lebih proaktif terhadap perubahan lingkungan strategis baik yang bersifat internal maupun eksternal.
- p. Gender dan Nondiskriminatif, dalam penyelenggaraan SKD, setiap penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan harus responsif gender. Kesetaraan gender dalam pembangunan kesehatan adalah kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat pembangunan kesehatan. Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan. Setiap pengelolaan dan pelaksanaan SKD tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.
- q. Kearifan Lokal, penyelenggaraan SKD harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif dari meningkatnya peran serta masyarakat dan secara kualitatif dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani. Dengan demikian kebijakan pembangunan daerah di bidang kesehatan harus sejalan dengan SKD, walaupun dalam praktiknya, dapat disesuaikan dengan potensi dan

kondisi serta kebutuhan masyarakat di daerah terutama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi rakyat.

II.D Kajian empiris penerapan SKD di tingkat daerah

Sistem kesehatan merupakan sebuah sistem yang mengatur tatanan organisasi, institusi dan sumber daya yang diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Hsiao, 2003). Sistem kesehatan terdiri dari sub sistem yang dikenal dengan ‘tombol pengendali’ (*control knobs*), yang dapat dikendalikan melalui kebijakan pemerintah. Pengaturan atau perubahan pada *control knob* bertujuan untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan. Perangkat utama dalam sistem kesehatan adalah perubahan pada pembiayaan kesehatan, pada bidang organisasi (makro/mikro), management provisi, perubahan pada sistem pembayaran dan perubahan pada regulasi dan promosi.

UU 32/2004 tentang pemerintahan daerah telah menetapkan bahwa bidang kesehatan menjadi urusan otonomi Pemda kabupaten/kota, namun terdapat perbedaan antara kewenangan pemerintah pusat dan daerah dalam beberapa peraturan dibawahnya (UU No 32 Tahun 2004). Oleh karena itu perda Sistem kesehatan daerah (SKD) diperlukan untuk mensinkronisasi perbedaan peraturan tersebut. Revisi undang undang pemerintahan UU no 23 tahun 2014 tentang pemerintahan daerah dan UU no 9 tahun 2015 tentang perubahan kedua atas UU nomor 23 tahun 2014 tentang pemerintahan daerah mendukung upaya penyusunan SKD yang berpedoman pada azas perundangan diatasnya (UU No 23 Tahun 2014; UU No 9 Tahun 2015). UU no 23 tahun 2014 menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan dasar merupakan urusan wajib pemerintah yang meliputi beberapa bidang kehidupan masyarakat termasuk bidang kesehatan, serta pasal 17 menyatakan bahwa daerah mempunyai kewenangan

untuk menetapkan kebijakan untuk menyelenggarakan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah (UU No 23 tahun 2014).

Pengembangan sistem kesehatan dalam era desentralisasi telah dilakukan sejak tahun 2000. Hal ini didasarkan pada dalam pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan terdapat ketimpangan antara daerah dan tumpang tindih pelaksanaan serta kekosongan penyelenggaraan bidang kesehatan di daerah oleh pemerintah pusat dan daerah. Beberapa daerah telah menginisiasi sistem kesehatan dalam era desentralisasi dengan mengembangkan cara cara yang inovatif seperti menginisiasi pembentukan jaminan kesehatan daerah (jamkesda) di Kabupaten Jembrana, Bali dan sistem kesehatan daerah di Provinsi D.I Yogyakarta, Provinsi NTT, Kalimantan Timur dan Serang (Trisnantoro, 2005).

Secara umum, belum ada studi empirik yang menunjukkan pengaruh antara implementasi SKD terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat di daerah. Publikasi tentang SKD lebih berfokus pada pengaruh yang dirasakan dalam bidang kesehatan setelah adanya SKD adalah menyangkut regulasi sektor kesehatan di daerah, pembiayaan upaya kesehatan, adanya jaminan kesehatan daerah, peningkatan pelayanan rumah sakit melalui terbentuknya otonomi rumah sakit dalam bentuk badan layanan umum (BLU); pemberlakuan sistem kontrak terkait sumber daya kesehatan, pengembangan struktur organisasi dan surveilans (Kharisma, 2018). Hingga saat ini, terdapat kurang lebih 20 daerah di Indonesia yang telah memiliki SKD (tabel 12).

Tabel 12. Sistem Kesehatan Daerah yang ada di Indonesia

NO	PERATURAN DAERAH	RUANG LINGKUP
1.	Perda No. 4 Tahun 2009 tentang SKD DKI Jakarta	Terdiri atas komponen: 1. Upaya Kesehatan, 2. Pembiayaan Kesehatan,

NO	PERATURAN DAERAH	RUANG LINGKUP
		3. Sumberdaya Manusia Kesehatan, 4. Obat Dan Perbekalan Kesehatan, 5. Pemberdayaan Masyarakat Dan Manajemen Kesehatan. 6. Perizinan, Pembinaan Dan Pengawasan
2.	Keputusan Bupati Sleman No. 114/Kep.KDH/A/2007 Kabupaten Sleman tentang Sistem Kesehatan Daerah	Ada 5 hal yang menjadi fokus yaitu: 1. Perubahan Paradigma Kesehatan, 2. Penataan Organisasi, 3. Pengembangan Sumberdaya Kesehatan, 4. Pembiayaan Kesehatan Dan 5. Sarana dan Prasarana Kesehatan.
3.	Perda Provinsi Kalimantan Timur Nomor 20 Tahun 2008 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur	SKP terdiri dari enam subsistem yaitu: 1. Upaya Kesehatan 2. Pembiayaan Kesehatan 3. Sumberdaya Manusia Kesehatan 4. Farmasi, makanan, minuman dan perbekalan kesehatan 5. Pemberdayaan masyarakat 6. Informasi dan pengembangan kesehatan 7. Regulasi kesehatan 8. Surveilans
4.	Perda Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 4 Tahun 2009 tentang sistem kesehatan provinsi Kalimantan Selatan	Ruang Lingkup: 1. Upaya kesehatan 2. Pemberdayaan masyarakat 3. Pembiayaan kesehatan 4. Sumber daya manusia kesehatan 5. Obat dan perbekalan kesehatan 6. Manajemen kesehatan
5.	Perda Kota Mataram No. 11 Tahun 2017 tentang Sistem Penyelenggaraan Kesehatan Daerah	Ruang lingkup: 1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. Sumber daya manusia kesehatan 4. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan 5. Manajemen dan informasi kesehatan 6. Kesehatan lingkungan 7. Pemberdayaan masyarakat
6.	Perda Kabupaten Tangerang Nomor 8 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Kabupaten Tangerang	SKK Tangerang terdiri atas subsistem: 1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. Sumber daya manusia kesehatan 4. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan 5. Manajemen dan informasi kesehatan 6. Pemberdayaan masyarakat

NO	PERATURAN DAERAH	RUANG LINGKUP
7.	Perda Kabupaten Bandung Nomor 3 Tahun 2016 tentang Sistem Kesehatan Daerah	Pengelolaan kesehatan daerah: 1. Administrasi kesehatan 2. Informasi kesehatan 3. Sumber daya kesehatan 4. Upaya kesehatan 5. Pembiayaan kesehatan 6. Peran serta dan pemberdayaan masyarakat 7. Ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan 8. Pengaturan hukum kesehatan Dikelompokkan menjadi 6 sub-sistem: 1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. Sumber daya manusia dan kesehatan 4. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan 5. Manajemen dan informasi kesehatan 6. Pemberdayaan masyarakat
8.	Perda Kota Tangerang Selatan Nomor 4 Tahun 2015 tentang Sistem Kesehatan Kota	Ruang Lingkup SKK meliputi: 1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan; 3. Sumber daya manusia kesehatan; 4. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; 5. Pemberdayaan masyarakat; 6. Manajemen kesehatan; dan 7. Kesehatan lingkungan.
9.	Perda Provinsi Jawa Timur Nomor 1 Tahun 2016 tentang Sistem Kesehatan Provinsi	Ruang lingkup: 1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. Sumber daya manusia kesehatan 4. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan 5. Manajemen dan informasi kesehatan 6. Pemberdayaan masyarakat
10.	Perda Kabupaten Wonosobo Nomor 6 Tahun 2014 tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Wonosobo	Ruang lingkup Siskesda terdiri dari: 1. Upaya kesehatan; 2. Sediaan farmasi, perbekalan kesehatan dan makanan; 3. Sumber daya manusia kesehatan; 4. Pembiayaan kesehatan; dan 5. Manajemen kesehatan.
11.	Perda Kota Surakarta Nomor 11 Tahun 2017 tentang Sistem Kesehatan Daerah	Ruang lingkup SKD, meliputi: 1. Upaya kesehatan; 2. Penelitian dan pengembangan kesehatan; 3. Pembiayaan kesehatan; 4. Sumber daya manusia kesehatan; 5. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan;

NO	PERATURAN DAERAH	RUANG LINGKUP
		6. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; 7. Pemberdayaan masyarakat.
12.	Perda Kabupaten Malang Nomor 3 Tahun 2015 tentang Sistem Kesehatan Daerah	Ruang lingkup meliputi: 1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan Kesehatan 3. Sumber daya manusia dan kesehatan 4. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan 5. Manajemen dan Informasi Kesehatan 6. Pemberdayaan masyarakat
13.	Perda Kota Sukabumi Nomor 1 Tahun 2015 tentang Sistem Kesehatan Daerah	Ruang lingkup perda Sukabumi: 1. Upaya kesehatan; 2. Sumber daya manusia kesehatan 3. Sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan, dan minuman 4. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.
14.	Perda Kabupaten Karanganyar Nomor 15 Tahun 2013 tentang Sistem Kesehatan Kabupaten	Ruang lingkup perda: 1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan 4. Sumber daya manusia kesehatan 5. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan 6. Penelitian dan pengembangan kesehatan 7. Pemberdayaan masyarakat.
15.	Perda Kabupaten Serang No 11 Tahun 2008 tentang Sistem Kesehatan Kabupaten Serang	SKK meliputi subsistem: 1. Pelayanan kesehatan; 2. Pembiayaan Kesehatan; 3. Sumber daya manusia kesehatan; 4. Obat dan perbekalan kesehatan; 5. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat; 6. Informasi Kesehatan; dan 7. Regulasi Kesehatan.
16.	Perda Kabupaten Sidoarjo Nomor 4 Tahun 2013 tentang Sistem Kesehatan Kabupaten Sidoarjo	1. Upaya kesehatan; 2. Penelitian dan pengembangan kesehatan; 3. Pembiayaan kesehatan; 4. Sumber daya manusia kesehatan; 5. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; 6. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan 7. Pemberdayaan masyarakat.

NO	PERATURAN DAERAH	RUANG LINGKUP
17.	Perda Kota Ambon Nomor 9 Tahun 2014 tentang Sistem Kesehatan Daerah	Sub sistem upaya Kesehatan; 1. Pembiayaan kesehatan; 2. Jaminan pelayanan kesehatan; 3. Sumber daya manusia kesehatan; 4. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; 5. Kesehatan lingkungan; 6. Pemberdayaan masyarakat; 7. Manajemen kesehatan dan informasi kesehatan; dan 8. Perizinan, pembinaan dan pengawasan.
18.	Perda Kota Bontang No 6 Tahun 2010 tentang Sistem Kesehatan Kota	1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. Sumber daya manusia kesehatan 4. Penunjang kesehatan 5. Pemberdayaan masyarakat 6. Manajemen kesehatan 7. Sistem informasi kesehatan
19.	Perda Kabupaten Kendal Nomor 23 Tahun 2011 tentang SKD	1. Upaya kesehatan ; 2. Pembiayaan kesehatan; 3. Sumber daya manusia kesehatan; 4. Obat dan perbekalan kesehatan; 5. Pemberdayaan masyarakat 6. Manajemen kesehatan;
20.	Perda Kota Gunungsitoli Nomor 3 Tahun 2016 tentang Sistem Kesehatan Daerah	1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. Sumber daya manusia kesehatan 4. Penunjang kesehatan 5. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makana; 6. Pemberdayaan masyarakat 7. Penelitian dan pengembangan kesehatan 8. Kesehatan lingkungan 9. Perizinan, pembinaan dan pengawasan

Review terhadap ke-20 perda diatas menunjukkan bahwa semua perda SKD mempunyai tujuan yang serupa, yakni untuk mendorong peningkatan peran daerah dalam peningkatan derajat kesehatan dan agar daerah mempunyai acuan penyelenggarakan pembangunan kesehatan di tingkat daerah serta ruang lingkup yang mengacu pada tujuh subsistem sistem kesehatan nasional yakni: upaya kesehatan, penelitian pengembangan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan,

sediaan farmasi dan alat kesehatan dan makanan, manajemen informasi dan regulasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat. Hanya Kabupaten Sukabumi yang memiliki 4 subsistem kesehatan dan provinsi Ambon mencantumkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) sebagai salah satu sistem yang diatur SKD. Menariknya, dari 20 SKD yang direview, belum ada yang menyebutkan kondisi daerah dan keunggulan daerah yang memberi warna pada SKD. Mengingat keunikan masing-masing daerah, adalah perlu untuk mengungkapkan tentang perlunya mengangkat keunikan kondisi spesifik dan keunggulan sebuah daerah sebagai landasan penyusunan SKD, yang mana kedua hal di atas dapat memberikan dampak kesehatan yang berbeda. Dalam hal ini, penyusunan SKD Bali berupaya untuk dapat memunculkan keunikan Bali sebagai daerah pariwisata yang menjadi salah satu bidang keunggulannya. Berikut ini akan diuraikan secara detail implementasi SKD dalam berbagai subsistem kesehatan.

II.D.1 Implementasi SKD terhadap berbagai subsistem kesehatan di daerah

SKD membantu menguatkan sinergitas antar komponen yang terlibat dalam bidang kesehatan di daerah dengan cara menguatkan peran Dinas Kesehatan sebagai regulator pelaksanaan pembangunan kesehatan di daerah (Trisnantoro, 2005). Dengan diterapkannya SKD terdapat beberapa perubahan peran dari Dinas Kesehatan provinsi yang awalnya menjadi implementer bertransformasi menjadi regulator. Misalnya di provinsi Kalimantan Timur, SKD mengatur ruang lingkup peran pemerintah daerah antara lain sub-sistem upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, SDM kesehatan, farmasi, makanan dan minuman dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, informasi dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, informasi, penelitian dan pengembangan kesehatan, regulasi kesehatan dan surveilans (Trisnantoro, 2005).

Perubahan positif lainnya adalah keterlibatan satuan koordinasi perangkat daerah (SKPD) non kesehatan yang terkait dengan sektor kesehatan meningkat. Selain itu perubahan yang terjadi di Kalimantan timur menyangkut peningkatan peran serta dari stakeholder kesehatan seperti DPRD, pemerintah daerah, Dinas Perhubungan, Dinas Sosial, Dinas Pendidikan, Kantor Wilayah Departemen Agama, Dinas Pariwisata, Dinas Peternakan, Dinas Pertanian, Dinas Pertanian serta dinas lainnya yang terkait dengan sektor kesehatan (Trisnantoro, 2005).

II.D.2 Implementasi pada bidang pembiayaan

Hasil review menunjukkan implementasi SKD pada bidang pembiayaan menyangkut mekanisme penggalangan dana untuk membiayai sektor kesehatan. Dalam sektor pembiayaan termasuk pajak, asuransi, pembayaran langsung oleh pasien, bantuan internasional. Pembiayaan juga akan mengatur struktur institusi penyelenggara layanan kesehatan, pengumpulan dana seperti jaminan kesehatan, dana asuransi sosial yang juga merupakan perangkat pengendali (Kharisma, 2018).

Penguatan dinkes dalam pengelolaan dana kapitasi JKN dengan memberikan ruang bagi dinas kesehatan di daerah dalam melakukan pembinaan dan pengawasan secara berjenjang dan secara fungsional kepada FKTP dalam pengelolaan dana kapitasi JKN sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan (Dona, 2018). Pemerintah daerah mempunyai peran yang sangat strategis dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional, khususnya dalam menjangkau penduduk dan mengidentifikasi permasalahan kesehatan ditingkat lokal yang sulit diatasi oleh pemerintah pusat. Pemerintah daerah mempunyai peran yang sangat penting dalam meningkatkan akses masyarakat di daerah-daerah terpencil dan daerah perkotaan. Integrasi Jamkesda dan JKN diperlukan dalam hal untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap JKN (Ignasius, 2012).

Namun, pada umumnya SKD yang telah ada berfokus pada pembiayaan sektor upaya kesehatan perorangan (UKP) dengan pembiayaan bersumber dari pemerintah, pemerintah daerah dan swasta dengan memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) yang diberikan untuk pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan baik jaminan rawat inap, rawat jalan, tindakan dan obat (Perda Kota Mataram No 11 Tahun 2017). Untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat, pada umumnya tidak diatur dan hanya mencantumkan alokasi dana berdasarkan asas gotong royong dan sesuai dengan kemampuan.

II.D.3 Peningkatan fungsi organisasi dinas kesehatan

Dengan adanya SKD, beberapa daerah melakukan perubahan struktur tugas dan fungsi. Perubahan struktur berpengaruh pada pelaksanaan tugas internal dan external dari dinas kesehatan di daerah tersebut. Restrukturisasi ini membuat perubahan pada sistem tugas dari dinas kesehatan di daerah. Pembentukan Institusi yang bertanggung jawab pada pengadaan, kompetensi dan diversifikasi dari kepemilikan layanan kesehatan, dimana LSM, pihak swasta dapat terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan, penguatan layanan dasar, integrasi secara vertikal dan horizontal. Perubahan struktur juga berdampak pada sistem move layanan kesehatan, layanan yang berpusat pada klien, meningkatkan akuntabilitas layanan pengguna dan populasi, penguatan sistem informasi, SDM dan manajemen (Trisnantoro, 2005). Salah satu contoh daerah yang mengalami perubahan struktur organisasi adalah Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, sebagai tatal kebutuhan pembangunan daerah. Namun ketika disadari bahwa struktur Dinas Kesehatan tidak sinkron dengan struktur Departemen Kesehatan, maka Dinkes provinsi Kalimantan Timur merancang struktur untuk mengakomodir SKD dan memperbany UPT seperti Jamkesda, SIK

dan Surveillance (Trisnantoro, 2005). Contoh program di Kalimantan Timur, perubahan struktur memungkinkan keterlibatan pihak swasta dalam pembiayaan kesehatan. Contoh program yang dilakukan adalah dengan adanya investasi dan adanya perbaikan infrastruktur dari layanan kesehatan.

II.D.4 Peningkatan fungsi regulasi (*stewardship*)

Perubahan posisi dan fungsi dinas kesehatan, yakni sebagai regulator bidang kesehatan, pemberi dana pelayanan kesehatan, pemberi pelayanan umum, khususnya untuk preventif dan promotive (dengan kadar *public goods* yang tinggi). Dengan perda SKD, dinas kesehatan kota Yogyakarta bertindak sebagai regulator dalam sarana pelayanan kesehatan swasta, tenaga praktek swasta, lembaga usaha yang menggunakan teknologi medik dan lembaga kesehatan lainnya (Trisnantoro, 2005). Peningkatan peran sebagai regulator merupakan respon terhadap semakin maraknya sektor swasta sebagai penyedia pelayanan kesehatan, seperti praktek mandiri, berkelompok, laboratorium, apotek, klinik, balai pengobatan. Peran yang dijalankan oleh DIY adalah dengan melakukan monitoring dan pembinaan mutu pelayanan kesehatan. Pemprov DIY membentuk Badan Mutu Pelayanan Kesehatan dalam hal peningkatan mutu layanan (Trisnantoro, 2005). Contoh lainnya Di dinas kabupaten Sleman, dengan adanya SKD, peran dinas kesehatan dalam memberikan rekomendasi terhadap pengawasan RSUP Sardjito. Di provinsi Kalimantan Timur, dengan adanya SKD dinkes dapat mengelola dana corporate social responsibility (CSR) (Trisnantoro, 2005). Di kab Lingga, provinsi Riau kepulauan mampu memperluas akses layanan dengan meningkatkan sistem rujukan, memperbaiki kebijakan pembiayaan yang mencakup dua aspek dari sisi demand (biaya pengobatan) dan dari sisi supply (sistem yang mendukung pelayanan kesehatan). Proses rujukan dari pelayanan kesehatan

primer ke pelayanan tingkat lanjut telah berjalan baik. Pelatihan tenaga medis telah ada. Namun pemberdayaan masyarakat masih kurang dilaksanakan (Lutil et al., 2012). Dengan menggunakan PERDA SKD sebagai salah satu acuannya, Pemerintah provinsi DKI Jakarta telah mengeluarkan xx tentang jaminan kesehatan daerah dalam menyusun pelaksanaan jaminan kesehatan di Daerah yang berinteraksi dengan tujuan untuk menghindari duplikasi anggaran APBN dan APBD serta meningkatkan pelayanan kesehatan bagi penduduk yang tidak termasuk dalam program JKN (Pergub DKI Jakarta Nomor 169 tahun 2016).

Penguatan peran dinkes dalam pembuat regulasi (*stewardship*) dengan perda SKD di NTT. Peran pembuat kebijakan kesehatan yang awalnya hanya dibawah kendali Dinas dapat dioptimalkan dengan bersinergi dengan dinas pemerintah diluar bidang kesehatan dan dapat mengoptimalkan peran lembaga non kesehatan. Contoh lainnya di DKI Jakarta adalah privatisasi tiga rumah sakit milik pemerintah. Perubahan status membuat pengelolaan rumah sakit menjadi lebih profesional dan tidak membebani APBD daerah. Operasionalisasi rumah sakit menjadi lebih mandiri dan tidak membebani APBD DKI Jakarta. Pendapatan operasional rumah sakit terjadi dari APBD DKI Jakarta menjadi bersumber dari pasien yang berasal dari pendapatan keluarga miskin (gakin), surat keterangan tidak mampu (SKTM), dan pasien umum dengan jumlah yang ditentukan berdasarkan tarif yang berlaku (Olivia & Ayuningtyas, 2010).

II.D.5 Manfaat penerapan SKD

Studi tentang manfaat penerapan SKD terhadap upaya kesehatan di Indonesia sangat terbatas, dari hasil penelusuran literature, hanya ada dua artikel yang membahas tentang manfaat SKD (Donna, 2018, Trisnantoro, 2005). Bahwa dampak utama

dengan adanya SKD adalah pemerintah daerah memiliki master plan yang lebih jelas dan payung hukum guna pelaksanaan kebijakan kesehatan di daerah. Berikut ini akan diberikan paparan kedua hal tersebut.

Secara konsep, SKD dapat menjadi wujud sinkronisasi dari pembangunan bidang kesehatan pusat dan daerah, yang dapat juga digunakan menjadi acuan dalam renstra dan RPJM bidang kesehatan. Di kota Sleman misalnya, SKD merupakan sumber acuan, landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan baik oleh pihak pemerintah, swasta dan masyarakat (Dinkes Sleman). SKD menjadi satu kesatuan dengan tata kelola pemerintahan yang baik atau *good governance* yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Fokus pengembangan kesehatan di kabupaten Sleman pada lima hal yaitu: a) perubahan paradigma kesehatan, b) penataan organisasi, c) pengembangan sumber daya kesehatan, d) pembiayaan kesehatan dan e) Sarana dan prasarana kesehatan.

Contoh lainnya adalah kota Jogja, dimana SKD berperan dalam penyusunan rencana kegiatan dan anggaran kesehatan (Trisnantoro, 2005). Misalnya dalam upaya mengatasi balita gizi buruk dan kesehatan bumil. Dinas kesehatan memberikan fasilitas berupa dana, saran dan prasarana penanggulangan gizi termasuk pemberian makanan tambahan (PMT), penyusunan juklak/jukis perbaikan gizi masyarakat dan pengobatan penyakit pernyerta. Kemudian kantor pemberdayaan masyarakat dan perempuan mempunyai program pemberdayaan masyarakat dalam program perbaikan gizi gerakan sayur ibu (GSI) dan posyandu. Dinas Perindag, Koperasi dan pertanian bekerja dalam sosialisasi pemanfaatan lahan untuk tanaman pangan dan mendukung ketersediaan pangan. Lembaga pemerintah lainnya seperti rumah sakit umum daerah/RSTNI melakukan upaya pengobatan dan pemulihan malnutrisi dan

penyediaan konsultasi ahli. Dinas Bagunan Gedung dan Aset Daerah memfasilitasi sarana dan prasarana fisik seperti penyediaan Rumah Pemulihan Gizi, dan bagian Humas dan Informasi berperan dalam penyebarluasan informasi program perbaikan gizi dan pemberian ASI eksklusif. Pihak swasta menyediakan rumah sakit upaya pengobatan dan pemulihan malnutrisi serta bantuan konsultan untuk mendampingi kegiatan tersebut. Dunia usaha berupa penyediaan sarana dan prasarana dalam: program perbaikan gizi dan pojok laktasi. Masyarakat, dalam hal ini tokoh masyarakat, LSM, PKK, Kader, turut berperan dalam hal penyediaan sarana dan prasarana seperti penyediaan tempat dan peralatan posyandu dan pemberian makanan tambahan (Trisnantoro, 2005).

II.D.6 Pertumbuhan sumber sumber pendapatan pembangunan kesehatan didaerah.

Perda SKD mampu merangsang pertumbuhan fasilitas pendidikan di bidang kesehatan sehingga menjamin ketersediaan dan keberlanjutan akan sumber daya manusia di bidang kesehatan baik secara kualitas maupun kuantitas. Misalnya Perda SKD di kota Mataram mengatur pelayanan kesehatan perorangan tersier

II.D.7 Implikasi Perda SKD di Bali

Penerapan SKD di provinsi Bali diharapkan akan berimplikasi terhadap beberapa aspek dalam bidang pembangunan kesehatan di provinsi Bali antara lain:

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan sangat tergantung pada sektor di luar kesehatan. Banyak aspek aspek non kesehatan yang berkaitan dengan penyelenggaraan pembangunan kesehatan seperti aspek sosial, ekonomi, teknologi, agama dan politik. Dengan implementasi SKD, akan terdapat sebuah

sistem di daerah yang dapat mengatur upaya kesehatan baik di sektor kesehatan dan non kesehatan.

2. Dengan implementasi SKD, diharapkan akan terdapat sebuah koordinasi yang baik antara sektor kesehatan dan non-kesehatan untuk peningkatan derajat kesehatan sehingga meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
3. Meningkatkan kualitas dan kuantitas layanan kesehatan. Penerapan SKD diharapkan dapat berdampak pada peningkatan layanan kesehatan baik di FKTP maupun layanan rujukan.
4. Penerapan SKD akan meliputi penyusunan peraturan daerah baik ditingkat provinsi maupun kabupaten. SKD akan berimplikasi pada penyusunan kebijakan pada bidang organisasi penyelenggara kesehatan, sistem layanan, aturan pembiayaan kesehatan, pengelolaan farmasi, SKD dan termasuk mengatur hak dan kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) dalam memberikan layanan kesehatan di daerah. Alternatif model penyelesaian sengketa medis yang terjadi antara pasien dan fasyankes (Dona, 2018). Tabel 13 memuat potensi beberapa peraturan turunan PERDA SKD berdasarkan ruang Identifikasi Isu dan Masalah serta ruang lingkup pengaturan (Januraga, 2018).

Tabel 13. Analisis Isu Dan Masalah Kesehatan Per Sub Sistem Yang Ada Di Bali, Ruang Lingkup Pengaturan Dan Potensi Peraturan Turunan Apabila SKD Bali Di Setujui

Identifikasi isu atau masalah	Ruang Lingkup pengaturan
Upaya Kesehatan	
• Belum optimalnya penyelenggaraan upaya kesehatan tradisional, yankestrad sebagai bagian dari UKM pengembangan • Belum	• optimalnya penyelenggaraan upaya k yankestrad sebagai bagian dari UKM • optimalnya upaya pengaturan perijina

optimalnya upaya pengaturan perijinan, standarisasi mutu, pengawasan dan pembinaan yankestradkom • Bervariasinya kondisi kesiapsiagaan bencana di berbagai jenjang dan tipe faskes	pengawasan dan pembinaan yankestradkom • kondisi kesiapsiagaan bencana di berbagai jenjang dan tipe faskes
Penelitian dan pengembangan kesehatan	
• 17 2016 Permendagri • Belum ada Lembaga yang berfungsi memetakan kebutuhan, merencanakan prioritas, penggunaan hasil (evidence based policy and program) penelitian dan pengembangan • Proses perijinan hanya melihat masalah keamanan dan politik belum pada kebutuhan dan dampak • Belum optimalnya penelitian pada upaya kesehatan tradisional	• menetapkan kebijakan penelitian dan pengembangan kesehatan, meliputi: penelitian, pengembangan teknologi dan produk teknologi kesehatan, tenaga peneliti dan anggaran penelitian atau perizinan dan pengawasan terhadap penelitian kesehatan. • penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan, healthy tourism serta upaya kesehatan berbasis budaya Bali
Pembiayaan Kesehatan	
• 16% tanpa JKN • Inovasi dan strategi yang berbeda antar kabupaten yang dapat mengakibatkan ketidakadilan • Health account belum maksimal yang belum proposioal terhadap pembiayaan UKM	• pemkab/kotamenjamin pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin • menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan kegawatdaruratan • memprioritaskan pembiayaan UKM kesehatan, penghitungan dan pencatatan health account • alokasi anggaran 10% kesehatan dan kesehatan publik
SDM Kesehatan	
• Belum terpenuhinya kuantitas beberapa jenis SDM kesehatan • Distribusi SDM kesehatan belum merata • Registrasi dan sertifikasi nakes terutama untuk nakes kesmas • Pelatihan berkelanjutan dan mutasi pegawai kesehatan • Pendampingan nakes sekunder ke primer • Kurangnya kuantitas Nakes yang terlatih yankestradkom • Belum optimalnya upaya sertifikasi pelaku yankestradkom • Kurangnya	• kuantitas dan kualitas SDM kesehatan sesuai standar kesehatan • distribusi SDM kesehatan • kerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan, pengembangan kapasitas, pendampingan nakes • registrasi nakes dan nakes tradisional • peningkatan kapasitas Nakes dalam pelayanan yankestradkom • pelaku yankestradkom

• kuantitas Nakes yang memiliki kapasitas terkait health & healthy tourism • Registrasi dan sertifikasi nakes tradisional	• peningkatan kuantitas nakes dalam h tourism
Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan	
• Masih lemahnya pembinaan dan pengawasan di sarana produksi, distribusi dan pelayanan kefarmasian • Pelayanan Kefarmasian yang belum sesuai standar	• pengawasan pada proses produksi, di pelayananan kefarmasian
Manajemen, informasi dan regulasi kesehatan	
• Sistem informasi kesehatan daerah belum terbentuk baik di provinsi maupun kab/kota • Analisis surveilans pasif dan aktif? • Evidence based decision making (policy and program)? • Penataan regulasi kesehatan? • Perencanaan pembangunan kesehatan terencana, berkesinambungan jangka panjang, menengah dan pendek?	• kebijakan kesehatan • administrasi kesehatan • regulasi kesehatan • kesehatan • kesehatan berbasis data
Pemberdayaan masyarakat	
• Peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan seperti PHBS, germas, Posyandu belum optimal • CSR untuk program kesehatan belum optimal • Jumlah desa yang memafanfaatkan dana desa untuk UKMBM masih belum optimal • Peran desa adat? Terutama terkait yankes tradisional	• dan pengelolaan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan termasuk de • pembiayaan dana desa dan kelurahan kesehatan • Pengelolaan CSR
Jaminan kesehatan Bali	
• 16% tanpa JKN • Pembiayaan JKN oleh BPJS belum cukup untuk UKM dan UKP • Pelayanan unggulan untuk masyarakat Bali?	• sistem jaminan kesehatan daerah terin • jamkesda • manfaat tambahan • UKM-UKP unggulan di tingkat desa
Pengembangan pelayanan kesehatan/kedokteran pariwisata	
• Potensi yankestradkom (akupuntur, akupresur, herbal medik, SPA) sebagai opsi health dan wellness tourism di Bali	• lintas sektor dalam mengoptimalkan l tourism

• belum dimanfaatkan secara optimal • Belun adanya pengaturan pola tarif untuk layanan yankestradkom • Ketersediaan klinik travel medicine terbatas • Kerjasama lintas sektor antara sektor kesehatan & pariwisata perlu ditingkatkan termasuk sistem informasi terkait health and wellness tourism dan healthy tourism	• kesehatan dan industri pariwisata dalam daerah wisata yang sehat melalui UK pariwisata (healthy tourism) • Puskesmas dan RS unggul pariwisata (medicine) pada daerah wisata • sistem informasi mendukung health and healthy tourism termasuk indikator provinsi dan kab/kota
--	--

5. Perubahan sistem pembiayaan kesehatan. SKD juga akan berimplikasi pembiayaan kesehatan di daerah. SKD akan memungkinkan daerah mengatur tariff. Pemerintah daerah dapat mengatur pengelolaan dana upaya kesehatan perorangan (UKP) dan Upaya kesehatan Masyarakat (UKM), dengan mengalokasikan sebagian besar dana desa untuk PHBS dan pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). SKD juga memungkinkan peningkatan peran provinsi Bali dalam mengkoordinasikan jamkesda yang berbeda antar kabupaten yang diharapkan dapat meningkatkan keadilan pada seluruh masyarakat Bali,

6. Meningkatkan mutu sumber daya manusia dalam hal pencegahan, penanggulangan dan pelaksanaan upaya kesehatan. Perda SKD akan dapat mengatur peningkatan kualitas dan kuantitas SDM penyehat tradisional. Peraturan Pemerintah RI Nomer 103 tahun 2014 memuat aturan terkait pemberian pelayanan yang dapat diberikan pada masyarakat, dimana hal ini mungkin belum terlalu familiar bagi pengobat tradisional yang ada di Bali

Peningkatan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan di Bali. Implementasi SKD dapat berimplikasi pada meningkatnya peran desa adat dalam

pengelolaan pelayanan kesehatan. Peningkatan peran serta desa adat dapat berupa keterlibatan dalam proses perencanaan, implementasi, monitoring dan evaluasi programme kesehatan serta pembiayaanya. Dengan adanya SKD, peningkatan peran desa dalam hal upaya promosi kesehatan masyarakat di tingkat desa dapat ditingkatkan. Peran pihak swasta dalam bidang swasta khususnya dalam bidang kesehatan di daerah wisata juga dapat ditingkatkan.

Bab 3 Evaluasi dan Analisis Peraturan Perundang-undangan terkait

III.A Kondisi Peraturan Perundang-Undangan yang Mengatur Mengenai Sistem Kesehatan Daerah (SKD)

Peraturan Perundang-Undangan yang secara langsung berkaitan dengan Sistem Kesehatan Daerah:

1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723);

5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Nomor 5234);
8. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
9. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5571);
10. 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

11. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298)
12. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5612);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140);
14. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasyankes (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229);
15. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (TAMBAHAN LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA NOMOR 5643);
16. Peraturan Presiden 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
17. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165).

Sedangkan Peraturan Perundang-Undangan yang secara tidak langsung berkaitan dengan Sistem Kesehatan Daerah (SKD):

- a. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
- b. 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);
- c. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
- d. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887).

III.B Posisi Peraturan Daerah Tentang Sistem Kesehatan Daerah (SKD)

Subtansi peraturan daerah ini terutama berasal dari:

- a. Ketentuan mengenai bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan melalui penyelenggaraan upaya kesehatan yang adil dan merata melibatkan peran serta masyarakat dan dunia usaha dengan prinsip tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat;

- b. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pengembangan dan pembinaan sumber daya manusia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan daerah yang pada hakikatnya adalah pembangunan masyarakat seutuhnya;
- c. Bahwa dalam rangka menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah di bidang kesehatan berdasarkan ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan serta Perpres No. 72 th 2012 tentang SKN dipandang perlu adanya Peraturan Daerah mengenai Sistem Kesehatan Daerah (SKD).

Posisi Perda SKD ini, dalam ketentuan pasal 2 ayat 2 Perpres No. 72 th 2012 tentang SKN disebutkan bahwa pembangunan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang baik dipusat maupun di daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Secara yuridis bilamana dicermati dengan historis sistematis interpretasi memiliki arti: bagi daerah pembangunan kesehatan tidak cukup hanya dengan menggunakan SKN sebagai landasan berpijak. Mengingat situasi masyarakat daerah yang satu dengan yang lainnya memiliki pendidikan, kebiasaan serta budayayang mempengaruhi pemahaman kesehatan yang berbeda-beda. Daerah perlu memiliki acuan dan pedoman dalam pembangunan kesehatan daerah yang sesuai dengan kondisi spesifik kebutuhan dan permasalahan kesehatan di masing-masing daerah yang disesuaikan serta mengacu dengan kearifan local yang berlaku pada

daerah setempat. Maka sekiranya daerah perlu memiliki Sistem Kesehatan Daerah. Konstruksi regulasi yang diatur dalam SKD harus sesuai dengan otonomi fungsional daerah di bidang kesehatan. Pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dibidang kesehatan diatur dalam UU No 23 Th 2014 tentang Pemda, sebagaimana terakhir di ubah dengan UU No. 9 Tahun 2015. UU tersebut memberikan ruang serta peran yang sangat potensial dan kuat bagi Pemda untuk menyelenggarakan urusan kesehatan di wilayahnya. Bagi pemerintah daerah yang akan menyusun SKD sebagai regulasi daerah, substansi yang diatur dalam SKD tidak boleh bertentangan dengan kewenangan pusat.

Persinggungan peraturan daerah dengan peraturan lebih tinggi secara hirarkis tidak ada berimplikasi negative karena peraturan daerah yang dibuat bukanlah peraturan yang bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi dan bersifat regulatory /kewenangan pengaturan tidak banyak bersinggungan dengan areal obligatori/keharusan yang telah dibuat secara produktif oleh peraturan lebih tinggi. Kewenangan mengatur (*regulatory*) yang bermuatan yang sifatnya visi, supervise, incentive, kebijakan, strategi, pelebagaan, kepatuhan dan kepatutan dikenal juga dengan soft law. Peraturan yang bermuatan regulatory dalam ilmu hukum disebut sebagai *Beleidsregel* /peraturan kebijakan yang berisikan beberapa tindakan administrasi (*freermesen*) yang berasal dari kepatutan (*equity*).

Yang dijadikan parameter serta landasan filosofis dalam peraturan daerah mengenai SKD adalah rumusan segala ketentuan yang termuat dalam SKN 2012 yang ditetapkan terdapat tiga tingkatan upaya kesehatan yaitu upaya kesehatan primer, upaya kesehatan sekunder, dan upaya kesehatan tersier. Hal ini berkaitan dengan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Dalam kaitannya upaya

kesehatan masyarakat tersebut perlu dilengkapi dengan proses penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat yang pada pokoknya meliputi: analisis, monitoring dan penilaian, pengembangan kebijakan, dan pelaksanaan serta dukungannya. Proses tersebut sejalan dengan arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan periode 2015-2019.

Secara posisi, berdasarkan kajian secara landasan yuridis, ditemukan bahwa belum ada pengaturan berupa Peraturan Daerah Provinsi Bali tentang Sistem Kesehatan Daerah (SKD). Dengan tidak adanya peraturan daerah tentang SKD, maka tidak ada kajian berupa penyesuaian pengaturan tindakan hukum atau hubungan hukum yang sudah ada berdasarkan Peraturan Daerah lama terhadap Peraturan Perundang-undangan yang baru.

Hal-hal demikian yang menjadi topic pembahasan dalam peraturan daerah yang akan dibentuk disamping isu-isu lain tentang system kesehatan daerah yang dapat diakomodir dalam peraturan daerah yang akan dibentuk tersebut.

Bab 4 Landasan filosofis, yuridis dan sosiologis

IV.A Kajian Secara Teoritis Landasan Filosofis, Landasan Sosiologis, dan Landasan Yuridis

Pasal 1 ayat (3) UUD NRI 1945 tegas menyatakan bahwa Indonesia adalah negara hukum, sebagai salah satu konsekuensinya Indonesia perlu memiliki aturan-aturan secara tertulis yang digunakan sebagai pedoman untuk mengatur dan menciptakan ketertiban masyarakatnya. Proses hukum tercipta diawali dengan proses pembuatan, selanjutnya terciptanya produk hukum, kemudian diimplementasikan, dan terakhir adanya penegakan hukum. Koreksi produk hukum memberikan manfaat atau tidaknya akan diketahui bilamana hukum tersebut sudah terimplementasikan serta adanya proses penegakan hukum didalamnya.

Poin penting dalam aturan-aturan yang dirumuskan ke dalam bentuk peraturan yang dalam pengimplementasiannya agar dipastikan dapat memberikan rasa keadilan, kemanfaatan, serta kepastian hukum bagi masyarakat secara nyata. Hukum itu dituntut untuk memenuhi berbagai karya dan oleh Gustav Radbruch disebut sebagai nilai-nilai dasar dari hukum, yakni keadilan, kegunaan (*zweckmaszigkeit*) dan kepastian hukum.

Secara validitas daripada suatu produk hukum, sebagaimana dimaksudkan oleh Hans Kelsen adalah eksistensi spesifik dari norma-norma. Suatu norma dikatakan valid, sama halnya mengakui eksistensinya atau menganggap norma itu mengandung

kekuatan mengikat bagi mereka yang perbuatannya diatur oleh peraturan tersebut.¹ Validitas hukum adalah suatu kualitas hukum, yang menyatakan norma-norma hukum itu mengikat dan mengharuskan orang berbuat sesuai dengan yang diharuskan oleh norma-norma hukum. Suatu norma hanya dianggap valid berdasarkan kondisi bahwa norma tersebut termasuk ke dalam suatu sistem norma.

Satjipto Rahardjo berpendapat terkait validitas dengan mendasarkan pada pandangan Gustav Radbruch yang mengungkapkan, bahwa validitas adalah kesahan berlaku hukum serta kaitannya dengan nilai-nilai dasar dari hukum. Bahwasanya hukum itu dituntut untuk memenuhi berbagai karya dan oleh Radbruch disebut sebagai nilai-nilai dasar dari hukum, yakni keadilan, kegunaan, dan kepastian hukum.²

Secara korelasi, pemahaman tersebut diatas menunjukkan bahwa keterhubungan antara validitas hukum dengan nilai-nilai dasar hukum, bahwasanya hukum didasarkan pada keberlakuan secara filsafati, hal ini bertujuan supaya hukum mencerminkan nilai keadilan, yang merupakan nilai dasar dari pada tujuan hukum yang didasarkan pada keberlakuan sosiologis supaya hukum mencerminkan nilai kemanfaatan, dan didasarkan pada keberlakuan yuridis supaya hukum mencerminkan nilai kepastian hukum.

Landasan Keabsahan Peraturan Perundang-undangan menurut Para Sarjana di Indonesia dapat di matrik sebagai berikut:³

¹Hans Kelsen, 2006, *Teori Umum tentang Hukum dan Negara*, terjemahan Raisul Muttaqien dari judul asli: *General Theory of Law and State*, Bandung, Penerbit Nusamedia dan Penerbit Nuansa, h. 40.

² Satjipto Rahardjo, 2000, *Ilmu Hukum*, Bandung, Penerbit PT Citra Aditya Bakti, h. 19.

³Gede Marhaendra Wija Atmaja, *Politik Pluralisme Hukum dalam Pengakuan Kesatuan Masyarakat Hukum Adat dengan Peraturan Daerah*, Disertasi Doktor, Program Doktor Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Brawijaya, Malang, 2012, h. 17-18.

Tabel 14. Landasan Keabsahan Peraturan Perundang-Undangan menurut Para Sarjana di Indonesia

Landasan	Jimly Asshiddiqie	Bagir Manan	M. Solly Lubis
Filosofis	Bersesuaian dengan nilai-nilai filosofis yang dianut oleh suatu Negara. Contoh, nilai-nilai filosofis Negara Republik Indonesia terkandung dalam Pancasila sebagai <i>staatsfundamentalnorn</i> .	Mencerminkan nilai yang terdapat dalam cita hukum (<i>rechtsidee</i>), baik sebagai sarana yang melindungi nilai-nilai maupun sarana mewujudkannya dalam tingkah laku masyarakat.	Dasar filsafat atau pandangan, atau ide yang menjadi dasar cita-cita sewaktu menuangkan hasrat dan kebijaksanaan (pemerintahan) ke dalam suatu rencana atau draft peraturan Negara.
Sosiologis	Mencerminkan tuntutan kebutuhan masyarakat sendiri akan norma hukum. [Juga dikatakan, keberlakuan sosiologis berkenaan dengan: (1) kriteria pengakuan terhadap daya ikat norma hukum; (2) kriteria penerimaan terhadap daya ikat norma hukum; dan (3) kriteria faktisitas menyangkut norma hukum secara faktual memang berlaku efektif dalam masyarakat	Mencerminkan kenyataan yang hidup dalam masyarakat. Kenyataan itu dapat berupa kebutuhan atau tuntutan atau masalah-masalah yang dihadapi yang memerlukan penyelesaian.	Ketentuan hukum yang menjadi dasar hukum bagi pembuatan suatu peraturan, yaitu: (1) segi formal, yakni landasan yuridis yang memberi kewenangan untuk membuat peraturan tertentu; dan (2) segi materiil, yaitu landasan yuridis untuk mengatur hal-hal tertentu.
Yuridis	Norma hukum itu sendiri memang ditetapkan (1) sebagai norma hukum berdasarkan norma hukum yang lebih tinggi; (2) menunjukkan	Keharusan : (1) adanya kewenangan dari pembuat peraturan perundang-undangan; (2) adanya kesesuaian bentuk	

	hubungan keharusan antara suatu kondisi dengan akibatnya; (3) menurut prosedur pembentukan hukum yang berlaku; dan (4) oleh lembaga yang memang berwenang untuk itu.	atau jenis peraturan perundangundangan dengan materi yang diatur; (3) tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi; dan (4) mengikuti tata cara tertentu dalam pembentukannya.	
--	---	---	--

Disamping landasan filosofis, sosiologis dan yuridis, terdapat aspek politis yang menjadi landasan keabsahannya, yaitu harus tergambar adanya cita-cita dan norma dasar yang terkandung dalam UUD NRI 1945 sebagai politik hukum yang melandasi pembentukan undang-undang, yang dapat dikatakan juga pemberlakuannya itu memang didukung oleh faktor-faktor kekuatan politik yang nyata dan yang mencukupi di parlemen serta garis kebijaksanaan politik yang menjadi dasar bagi kebijaksanaan-kebijaksanaan dan pengarah ketatalaksanaan pemerintahan.

Pandangan teoritik tentang landasan keabsahan peraturan perundang-undangan tersebut menunjukan:

1. Pemahaman keabsahan peraturan perundang-undangan pada ranah;
 - a. normatif
 - b. sosiologis, pemahaman dalam ranah sosiologis tampak pada pandangan Jimly Asshiddiqie tentang dalam konteks landasan keabsahan peraturan perundang-undangan, yang menyangkut pembentukan peraturan perundang-undangan,

lebih tepat memahami landasan keabsahan peraturan perundang-undangan dalam ranah normatif.

2. Landasan keabsahan selanjutnya Jimly Asshiddiqie menguraikan menggambarkan politik hukum, yakni adanya cita-cita dan norma dasar yang terkandung dalam UUD NRI 1945 (Pembukaan dan pasal-pasal), yang dapat diakomodasi dalam landasan filosofis dan yuridis.
3. Landasan keabsahan dari M. Solly Lubis menggambarkan garis politik hukum dalam Ketetapan MPR, yang dapat diakomodasi dalam landasan yuridis.

Berdasarkan pandangan para sarjana tersebut tentang landasan keabsahan atau dasar keberlakuan peraturan perundang-undangan, maka landasan keabsahan filosofis, sosiologis, dan yuridis dapat disederhanakan secara pemahaman sebagai berikut:

1. Filosofis: Mencerminkan serta didasari nilai-nilai filosofis atau aksiologis yang terdapat dalam cita hukum (*rechtsidee*), hal ini diperlukan sebagai upaya untuk melandasi serta memastikan kandungan dalam hal guna menjamin tercapainya keadilan.
2. Sosiologis: Mencerminkan tuntutan atau kebutuhan masyarakat yang memerlukan penyelesaian, hal ini diperlukan sebagai sarana menjamin tercapainya kemanfaatan (kegunaan).
3. Yuridis: Konsistensi ketentuan hukum, baik menyangkut dasar kewenangan dan prosedur pembentukan, maupun jenis dan materi muatan, serta tidak adanya kontradiksi antar ketentuan hukum yang sederajat dan dengan yang lebih tinggi, hal ini sebagai sarana guna mewujudkan untuk menjamin tercapainya kepastian hukum.

Pandangan secara teoritik lainnya dapat dijelaskan sebagai berikut, menurut Rosjidi Ranggawidjaja dalam buku Pengantar Ilmu Perundang-undangan Indonesia menyatakan bahwa terdapat 3 (tiga) landasan, yaitu:⁴

1. Landasan filosofis, dasar filsafat atau pandangan, atau ide yang menjadi dasar cita-cita sewaktu menuangkan hasrat dan kebijaksanaan (pemerintahan) ke dalam suatu rencana atau draf peraturan negara. Falsafah dan pandangan hidup suatu bangsa tidak lain berisi nilai-nilai moral dan etika dari bangsa tersebut. Moral dan etika pada dasarnya berisi nilai-nilai yang baik dan yang tidak baik. Apapun jenisnya falsafah hidup, harus menjadi rujukan dalam membentuk hukum yang akan dipengaruhi dalam kehidupan bangsa tersebut. Oleh karena, kaidah hukum yang dibentuk (yang termuat dalam peraturan perundang-undangan) harus mencerminkan falsafah hidup bangsa, sesuai dengan Pembukaan UUD NRI Tahun 1945. Suatu rumusan peraturan perundang-undangan harus mendapatkan pembenaran (*rechtvaardiging*) yang dapat diterima jika dikaji secara filosofis. Pembenaran itu harus sesuai dengan cita-cita dan pandangan hidup masyarakat, yaitu cita-cita kebenaran (*idée der waarheid*), citacita keadilan (*idee der gerechtigheid*) dan cita-cita kesusilaan (*idee der zedelijkheid*). Dengan demikian, peraturan perundang-undangan dikatakan mempunyai landasan filosofis (*filosofische grondslag*), apabila rumusannya atau normanya sesuai dengan cita-cita dan pandangan hidup manusia dalam pergaulan hidup bermasyarakat dan sesuai dengan cita-cita kebenaran, keadilan serta kesusilaan.

⁴Ranggawidjaja, H. Rosjidi, 1998. *Pengantar Ilmu Perundang-undangan Indonesia*, Bandung, PT. Mandar Maju, h. 7.

2. Landasan sosiologis, suatu peraturan perundang-undangan harus dipahami oleh masyarakat sesuai dengan kenyataan hidup. Ini berarti hukum yang dibentuk ini harus sesuai dengan pandangan hidup (*the living law*) dalam masyarakat. Maka suatu peraturan perundang-undangan dikatakan memiliki landasan sosiologis (*sociologische groundslag*) apabila ketentuan-ketentuannya sesuai dengan keyakinan umum, kesadaran hukum masyarakat, tata nilai, dan hukum yang hidup di masyarakat. undang dikatakan memiliki landasan sosiologis (*sociologische groundslag*) apabila ketentuan-ketentuannya sesuai dengan keyakinan umum, kesadaran hukum masyarakat, tata nilai, dan hukum yang hidup di masyarakat.
3. Landasan yuridis, ketentuan hukum yang menjadi dasar hukum (*rechtground*) bagi pembuatan peraturan. Landasan yuridis ini dapat dibagi menjadi dua, yaitu (a) segi formal, yakni landasan yuridis yang memberi kewenangan (*bevoegdheid*) bagi instansi yang tertentu untuk membuat peraturan tertentu (b) segi materiil, yakni landasan yuridis dari segi isi yaitu dasar hukum untuk mengatur hal-hal tertentu, sehingga peraturan perundang-undangan dikatakan mempunyai landasan hukum (*rechtsground*) bila mempunyai dasar hukum, legalitas atau landasan yang terdapat dalam ketentuan hukum yang lebih tinggi derajatnya.

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (UU 12/2011) mengadopsi validitas tersebut sebagai (1) muatan menimbang, yang memuat uraian singkat mengenai pokok pikiran yang menjadi pertimbangan dan alasan pembentukan Peraturan Perundang-undangan, ditempatkan secara berurutan dari filosofis, sosiologis, dan yuridis; dan (2) harus juga ada dalam naskah akademis rancangan peraturan perundang-undangan. Merujuk pada pandangan teoritik dari para sarjana yang telah dikemukakan di atas, dikaitkan dengan ketentuan

tentang teknik penyusunan peraturan perundang-undangan⁵ dan teknik penyusunan naskah akademik⁶ yang diadopsi Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 (UU No 12/2011), ketiga aspek dari validitas tersebut dapat disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 15. Alasan Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan

Landasan	Uraian
FILOSOFIS	Menggambarkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Pembukaan Undang- Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum itu, pada dasarnya berkenaan dengan keadilan yang mesti dijamin dengan adanya peraturan perundang-undangan.
SOSIOLOGIS	Menggambarkan kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek yang memerlukan penyelesaian, yang sesungguhnya menyangkut fakta empiris mengenai perkembangan masalah dan kebutuhan masyarakat dan negara. Kebutuhan masyarakat pada dasarnya berkenaan dengan kemanfaatan adanya peraturan perundang-undangan.
YURIDIS	Menggambarkan permasalahan hukum yang akan diatasi, yang sesungguhnya menyangkut persoalan hukum yang berkaitan dengan substansi atau materi yang diatur. Permasalahan hukum yang akan diatasi itu pada dasarnya berkenaan dengan kepastian hukum yang mesti dijamin dengan adanya peraturan perundang-undangan, oleh karena itu harus ada konsistensi ketentuan hukum, menyangkut dasar kewenangan dan prosedur pembentukan, jenis dan materi muatan, dan tidak adanya kontradiksi antar-ketentuan hukum yang sederajat dan dengan yang lebih tinggi.

Sumber: diolah dari berbagai sumber.

⁵ Lihat Angka 18 dan 19 TP3 (vide Pasal 64 ayat (2) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011).

⁶ Lihat pasal 57 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011.

IV.B Relevansinya dengan Pengaturan Sistem Kesehatan Daerah (SKD) di Provinsi Bali

Pengaturan mengenai Sistem Kesehatan Daerah di Provinsi Bali didasarkan pada 3 (tiga) landasan keabsahan, yakni filosofis, sosiologis, dan yuridis.

1. Landasan Filosofis, menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Pembukaan UUD NRI 1945. Pasal 18 ayat (1) UUD NRI 1945 menentukan bahwa Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah-daerah provinsi dan daerah provinsi dibagi atas kabupaten atau kota, yang tiap-tiap provinsi, kabupaten dan kota itu mempunyai pemerintahan daerah, yang diatur dengan undang-undang. Ayat (2) Pemerintahan daerah provinsi, daerah kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan. Dalam pelaksanaannya Pemerintah Daerah menjalankan otonomi yang seluas-luasnya. Demikian pula dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587). Dengan berlakunya Undang-Undang No. 23 Tahun 2014, maka penyelenggaraan pemerintahan daerah dilakukan dengan memberikan kewenangan yang seluas-luasnya, disertai dengan pemberian hak dan kewajiban

menyelenggarakan otonomi daerah dalam kesatuan sistem penyelenggaraan negara. Jadi tujuan dari pembentukan Peraturan Daerah mengenai Sistem Kesehatan Daerah ini secara filosofis adalah sebagai landasan pedoman, dan arah penyelenggaraan pembangunan kesehatan oleh pemerintah daerah dan/atau masyarakat, termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta di Daerah. Pengelolaan kesehatan tersebut berdasarkan atas urusan pemerintahan bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen yang ada di daerah secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat daerah yang setinggi-tingginya.

2. Landasan Sosiologis menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek. Pemenuhan tersebut terkait dengan pengupayaan agar penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh semua komponen daerah baik pemerintah daerah, swasta, dan masyarakat, dapat berjalan secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna melalui pemberdayaan dan penataan seluruh potensi yang dimiliki pemerintah daerah, swasta dan masyarakat dalam pembangunan kesehatan, penataan kegiatan yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah, swasta, masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, peningkatan respon atas harapan dan kebutuhan masyarakat atas pelayanan kesehatan sesuai dengan hak asasi manusia, jaminan kepastian kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang adil, bermutu, aman, terjangkau dan berkesinambungan, perlindungan hukum terhadap pemberi pelayanan kesehatan dan pihak yang dilayani, dan pemberian informasi dan edukasi kesehatan yang seimbang serta bertanggung jawab.

3. Landasan yuridis, menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk mengatasi permasalahan hukum atau mengisi kekosongan hukum dengan mempertimbangkan aturan yang telah ada, yang akan diubah, atau yang akan dicabut guna menjamin rasa keadilan dan kepastian hukum. Adapun peraturan perundang-undangan yang menjadi landasan yuridis dari Rancangan Peraturan Daerah Provinsi Bali tentang Sistem Kesehatan Daerah (SKD), sebagai berikut:
- a. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
 - b. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 - c. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
 - d. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723);
 - e. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

- f. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- g. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Nomor 5234);
- h. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
- i. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5571);
- j. 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
- k. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298)

- l. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5612);
- m. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140);
- n. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasyankes (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229);
- o. Peraturan Presiden 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);

Sedangkan Peraturan Perundang-Undangan yang secara tidak langsung berkaitan dengan Sistem Kesehatan Daerah (SKD):

- a. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran
- b. Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
- c. 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);
- d. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);

- e. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah
(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan
Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887).

Bab 5 Jangkauan, Arah Pengaturan dan Ruang Lingkup Perda SKD Provinsi Bali

V.A Jangkauan

Acuan bagi Pemerintah Provinsi Bali, Kabupaten/ Kota dan / masyarakat dalam menyusun dan merencanakan kebijakan dibidang kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh komponen masyarakat di Bali secara terpadu dan saling mendukung berlandaskan potensi dan kearifan lokal yang berlandaskan keindahan, kebenaran dan kedamaian guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya demi menjaga kesucian dan keharmonisan alam Bali beserta isinya.

V.B Arah Pengaturan

Meningkatkan kualitas pengelolaan kesehatan di tingkat Provinsi dan kabupaten/kota dengan memperhatikan pembagian urusan pemerintahan, Menata pembangunan kesehatan secara sinergis antara program strategis nasional, komitmen global, masalah kesehatan, potensi lokal pariwisata dan budaya Bali, Memenuhi kebutuhan semua komponen pelaku layanan dalam mengembangkan pelayanan kesehatan di Bali, Memenuhi hak masyarakat Bali atas layanan yang berkualitas dan berkeadilan sesuai dengan kebutuhan kesehatannya, Memenuhi hak dan kebutuhan pengguna layanan pariwisata di Bali atas pelayanan kesehatan wisata yang berkualitas tinggi, Melindungi masyarakat, pelaku, dan penyelenggara kesehatan termasuk pelaku pelayanan kesehatan tradisional berbasis pengetahuan dan kearifan lokal budaya Bali.

V.C Ruang Lingkup Materi Muatan

1. Ketentuan Umum:

Pedoman 98 TP3U menentukan, ketentuan umum berisi: a. batasan pengertian atau definisi; b. singkatan atau akronim yang dituangkan dalam batasan pengertian atau definisi; dan/atau c. hal-hal lain yang bersifat umum yang berlaku bagi pasal atau beberapa pasal berikutnya antara lain ketentuan yang mencerminkan asas, maksud, dan tujuan tanpa dirumuskan tersendiri dalam pasal atau bab.

Pedoman 109 TP3U menentukan, urutan penempatan kata atau istilah dalam ketentuan umum mengikuti ketentuan sebagai berikut: a. pengertian yang mengatur tentang lingkup umum ditempatkan lebih dahulu dari yang berlingkup khusus; b. pengertian yang terdapat lebih dahulu di dalam materi pokok yang diatur ditempatkan dalam urutan yang lebih dahulu; dan c. pengertian yang mempunyai kaitan dengan pengertian di atasnya yang diletakkan berdekatan secara berurutan.

Ketentuan umum yang dimuat : Provinsi, Pemerintah Provinsi, Gubernur, Pemerintah Kabupaten/Kota, Dinas, Kesehatan, Sistem Kesehatan Provinsi, Upaya kesehatan, Upaya Kesehatan Masyarakat, Upaya Kesehatan Perseorangan, Upaya Kesehatan Kegawatdaruratan, Pelayanan kesehatan tradisional , Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, Subsistem sumber daya manusia kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan, Tenaga kesehatan, Tenaga non kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Sediaan Farmasi, Alat kesehatan, Obat, Makanan, Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan, Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD, Masyarakat , swasta.

2. Materi Pokok yang Diatur

Materi Pokok Yang Diatur adalah Pembagian materi pokok ke dalam kelompok yang lebih kecil dilakukan menurut kriteria yang dijadikan dasar pembagian (Pedoman 111 TP3U), yakni:

- a. BAB I: KETENTUAN UMUM (PENGERTIAN, ASAS, MAKSUD DAN TUJUAN)
- b. BAB II: TANGGUNG JAWAB DAN RUANG LINGKUP SKD
- c. BAB III: UPAYA KESEHATAN
- d. BAB IV: PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
- e. BAB V: PEMBIAYAAN KESEHATAN
- f. BAB VI: SDM KESEHATAN
- g. BAB V: SEDIAAN FARMASI, ALKES, DAN MAKANAN
- h. BAB VI: MANAJEMEN, INFORMASI, DAN REGULASI KESEHATAN
- i. BAB VII: PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
- j. BAB VIII: JAMINAN KESEHATAN
- k. BAB IX: PELAYANAN KESEHATAN/KEDOKTERAN PARIWISATA
- l. BAB X: PERAN SERTA MASYARAKAT DALAM SKD
- m. BAB XI: BADAN PERTIMBANGAN KESEHATAN DAERAH
- n. BAB XII: PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

o. BAB XIII: SANKSI

p. BAB XIV: KETENTUAN PENUTUP

Bab 6 Penutup

VI.A Kesimpulan

Menghadapi berbagai masalah kesehatan masyarakat dan masalah pemberian pelayanan kesehatan yang memiliki jangkauan dan kualitas yang baik serta sesuai dengan potensi, nilai dan budaya lokal, maka diperlukan tatanan dan pengelolaan sistem pelayanan kesehatan yang terpadu dan menyeluruh. Agar tatanan dan pengelolaan sistem pelayanan kesehatan di Bali menjadi lebih terarah maka diperlukan panduan dan pedoman terhadap bagaimana sebaiknya pelayanan kesehatan disusun dan diselenggarakan. Lebih lanjut, agar memiliki kekuatan hukum yang cukup, diperlukan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang sistem kesehatan Provinsi Bali. Peraturan daerah dipilih karena memiliki kedudukan paling tinggi dalam kelompok peraturan di tingkat daerah baik kabupaten/kota maupun provinsi.

VI.B Saran

Berdasarkan kajian yang telah dilakukan dan kesimpulan di atas, kegiatan penyusunan naskah akademik dapat dilanjutkan ke kegiatan berikutnya yaitu penyusunan draft ranperda sistem kesehatan daerah untuk kemudian dilakukan uji publik dan proses politik untuk menetapkan menjadi perda.

Daftar Rujukan

- Alkhafaji, A. F. (2003). Formulation, Implementation, and Control in a Dynamic Environment. In *Strategic Management* (p. pp 59-87). New York: The Haworth Press.
- Baum, S. E., Machalaba, C., Daszak, P., Salerno, R. H., & Karesh, W. B. (2017). Evaluating one health: Are we demonstrating effectiveness? *One Health*, 3, 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2016.10.004>
- BKKBN. (2018). *Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017*. Jakarta.
- BKKBN Provinsi Bali. (2018). *Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Provinsi Bali*. Denpasar.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
- BPS. (2015). *Profil Pendudukan Indonesia Hasil SUPAS 2015*. Jakarta.
- BPS. (2018). *Berita Resmi Statistik: Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Tahun 2017*. Jakarta.
- BPS Provinsi Bali. (2017). *Indeks Pembangunan Manusia Menurut Kabupaten/Kota, 2010-2017*.
- BPS Provinsi Bali. (2018). *Jumlah Wisatawan Asing ke Indonesia dan Bali, 1969-*

2017.

Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2010). *Making Health Policy: Understanding Public Health* (2nd Editio). United Kingdom: McGraw-Hill Education (UK).

Crawford, G., Lobo, R., Brown, G., Macri, C., Smith, H., & Maycock, B. (2016). HIV, Other Blood-Borne Viruses and Sexually Transmitted Infections amongst Expatriates and Travellers to Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(12), 1249. <https://doi.org/10.3390/ijerph13121249>

De la Barre, K., De la Barre, S., & Taggart. (2009). Feasibility Study for a Yukon Health and Wellness Tourism Industry. Prepared or the North to Knowledge, ESCAP, Medical Travel in Asia and the Pacific. Challenges and Opportunities. In *United Nations and Social Commission for Asia and the Pacific*. Bangkok.

Dibia, I. N., Sumiarto, B., Susetya, H., Putra, A. A. G. P., & Scott-Orr, H. (2015). Faktor-Faktor Risiko Rabies pada Anjing di Bali. *Jurnal Veteriner*, 16(3), 389–398. <https://doi.org/ISSN : 1411 - 8327>

Dinas Kesehatan Provinsi Bali. (2018). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2018*.

Dinkes Bali. (2017). *Masalah dan Prioritas Program Kesehatan Provinsi Bali*. Denpasar.

Dinkes Provinsi Bali. (2018). *Kepesertaan JKN Provinsi Bali*.

Dolan, S. B., Jentes, E. S., Sotir, M. J., Han, P., Blanton, J. D., Rao, S. R., ... Ryan, E.

- T. (2014). Pre-Exposure Rabies Vaccination among US International Travelers: Findings from the Global TravEpiNet Consortium. *Vector Borne and Zoonotic Diseases*, 14(2), 160–167. <https://doi.org/10.1089/vbz.2013.1381>
- Fitri, A., Trisnantoro, L., & Sulistyo, D. H. (2014). Evaluasi Fungsi Regulasi Dinas Kesehatan Provinsi Pada Sektor Kesehatan Di Provinsi Bengkulu. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 3(1), pp 3-9.
- Follér, M.-L. (1992). Social determinants of health and disease: the role of small-scale projects illustrated by the Koster health project in Sweden and Ametra in Peru. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3), 229–239. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300002>
- Gautret, P., Harvey, K., Pandey, P., Lim, P. L., Leder, K., Piyaphanee, W., ... Network, for the G. S. (2015). Animal-Associated Exposure to Rabies Virus among Travelers, 1997–2012. *Emerging Infectious Diseases*, 21(4), 569–577. <https://doi.org/10.3201/eid2104.141479>
- Hitt, M. A., Ireland, D. R., & Hoskisson, R. E. (2007). Competitiveness and Globalization (Concepts and Cases). In *Strategic Management* (Seventh ed, p. pp 34-101). USA: Thomson South-Western.
- Hsiao, W. (2003). *What is a health system? Why should we care*.
- IMTJ. (2015). Royal IVF Clinic Wins Judges Commendation in Major International Award. Retrieved from <https://www.imtj.com/news/royal-ivf-clinic-wins-judges-commendation-major-international-award>
- Januraga, P. P. (2018). *Jangkauan, Arah, Pengaturan dan Ruang Lingkup Perda SKD*

Provinsi Bali. Denpasar.

Kelly, J. D., Reid, M. J., Lahiff, M., Tsai, A. C., & Weiser, S. D. (2017). Community-level HIV stigma as a driver for HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases in Sierra Leone: a population-based study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 75(4), 399–407.
<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001418>

Kemenkes. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)*. Jakarta.

Kemenkes. (2014a). *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.

Kemenkes. (2014b). *Infodatin: Situasi Kesehatan Ibu*. Jakarta.

Kemenkes. (2014c). *Situasi Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta.

Kemenkes. (2015). *Kebijakan Nasional Pengendalian Demam Berdarah*. Jakarta.

Kemenkes. (2018a). *Data dan Informasi: Profil Kesehatan Indonesia 2017*.

Kemenkes. (2018b). *HASIL PEMANTAUAN STATUS GIZI (PSG) TAHUN 2017*.
Jakarta.

Kemenkes RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015*. Jakarta.

Kharisma, D. B. (2018). *Sistem Kesehatan Daerah: Isu dan Tantangan Bidang Kesehatan di Indonesia*. <https://doi.org/ISSN 2089-9009>

KPAN. (2015). *Strategi dan Rancangan dan penanggulangan HIV AIDS 2015-2019*.

- Kumaran, E., Doum, D., Keo, V., Sokha, L., Sam, B., Chan, V., ... Hustedt, J. (2018). Dengue knowledge, attitudes and practices and their impact on community-based vector control in rural Cambodia. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 12(2), e0006268. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006268>
- Lutil, I., Hasanbasri, M., & Lazuardi, L. (2012). Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan Di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 01(01), hlm 24-35.
- Olivia, & Ayuningtyas. (2010). Analisis Politik dan Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Pemerintah DKI Jakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(3).
- Paramita, R. M., & Mukono, J. (2017). Hubungan Kelembapan Udara Dan Curah Hujan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Puskesmas Gunung Anyar 2010-2016. *The Indonesian Journal of Public Health*, 12(2), 202–212. <https://doi.org/10.20473/ijph.v12i1.2017.202-212>
- Pemerintah Provinsi Bali. Peraturan Daerah Provinsi Bali Nomor 2 Tahun 2012 tentang Kepariwisata Budaya Bali (2012).
- Peraturan Pemerintah RI Nomer 103 tahun 2014. Peraturan Pemerintah RI Nomer 103 tahun 2014 : tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.
- Perda Kota Mataram no 11 tahun 2017. Perda Kota Mataram no 11 tahun 2017.
- Pergub DKI Jakarta Nomor 169 tahun 2016. Pergub DKI Jakarta Nomor 169 tahun 2016, Pub. L. No. Pergub DKI Jakarta Nomor 169 tahun 2016 tentang kepesertaan dan peranan jaminan kesehatan.

- Sarman. (2011). *Hukum pemerintah daerah di Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Streit, J. A., Marano, C., Beekmann, S. E., Polgreen, P. M., Moore, T. A., Brunette, G. W., & Kozarsky, P. E. (2012). Travel and Tropical Medicine Practice Among Infectious Disease Practitioners. *Journal of Travel Medicine*, 19(2), 92–95.
- Sunarno, S. (2012). *Hukum pemerintah daerah di Indonesia*. Jakarta: Sinar Grafika.
- The Jakarta Post. (2009). ‘Bali named world’s best spa destination’. Retrieved from <http://www.thejakartapost.com/news/2009/03/25/Bali-named-world039s-best-spa-destination.html>)
- Trisnantoro, L. (2005). *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001-2003*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- UU No 23 Tahun 2014. UU No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, Pub. L. No. UU No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah. Indonesia.
- UU No 32 Tahun 2004. UU No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, Pub. L. No. UU No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah. Indonesia.
- UU No 9 Tahun 2015. UU no 9 tahun 2015 tentang perubahan kedua UU nomor 23 tahun 2014 tentang pemeritahan daerah. Indonesia.
- Velasco-Salas, Z. I., Sierra, G. M., Guzmán, D. M., Zambrano, J., Vivas, D., Comach, G.,Tami, A. (2014). Dengue Seroprevalence and Risk Factors for Past and Recent Viral Transmission in Venezuela: A Comprehensive Community-Based Study. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 91(5), 1039–1048. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0127>

- Voigt, C., Brown, G., & Howat, G. (2011). Wellness tourists: in search of transformation. *Tourism Review*, 66(1/2), 16–30. <https://doi.org/ISSN 1660-5373>
- Wera, E., Mourits, M. C. M., & Hogeveen, H. (2015). Uptake of Rabies Control Measures by Dog Owners in Flores Island, Indonesia. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 9(3), e0003589. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003589>
- WHO. (2017a). One Health.
- WHO. (2017b). Pre-exposure prophylaxis. World Health Organization.
- Widyastuti, M. D. W., Bardosh, K. L., Sunandar, Basri, C., Basuno, E., Jatikusumah, A., Gilbert, J. (2015). On dogs, people, and a rabies epidemic: results from a sociocultural study in Bali, Indonesia. *Infectious Diseases of Poverty*, 4, 30. <https://doi.org/10.1186/s40249-015-0061-1>
- Wirawan, I. M. A., Putri, W. C. W. S., Mulyawan, K. H., Kurniasari, N. M. D., Duana, I. M. K., & Suharlim, C. (2017). *Kesehatan dan Keselamatan Wisata: Direktori Hazard, Resiko, dan Layanan Kesehatan Wisata di Bali*. ANDI Yogyakarta.
- Zellweger, R. M., Cano, J., Mangeas, M., Taglioni, F., Mercier, A., Despinoy, M., Teurlai, M. (2017). Socioeconomic and environmental determinants of dengue transmission in an urban setting: An ecological study in Nouméa, New Caledonia. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 11(4), e0005471. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005471>