

**SKRIPSI**

**PENERAPAN PRINSIP *GOOD GOVERNANCE* PADA  
PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN DI PROVINSI  
JAWA TIMUR**

*FH 287 50*

*Nis*

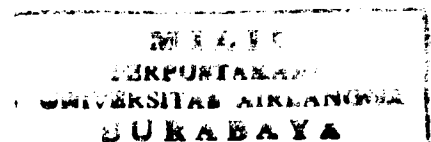
*P*



Oleh :

**NURLAILY FARAH NISYAH**  
030215371

**FAKULTAS HUKUM  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2008**



**PENERAPAN PRINSIP *GOOD GOVERNANCE* PADA  
PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN DI PROVINSI  
JAWA TIMUR**

**SKRIPSI**

**Diajukan Untuk Melengkapi Tugas dan Memenuhi Syarat Untuk  
Mencapai Gelar Sarjana Hukum**

**OLEH :  
NURLAILY FARAH NISYAH  
NIM. 030215371**

**Dosen Pembimbing,**

**Penyusun,**



**Emmanuel Sujatmoko, SH, MS**  
**NIP. 131 125 987**




**Nurlaily Farah Nisyah**  
**NIM. 030215371**

**FAKULTAS HUKUM  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2008**

**Skripsi ini telah diuji dan dipertahankan dihadapan Panitia Penguji  
Pada 10 Maret 2008, dan dinyatakan lulus**

**Panitia Penguji Skripsi**

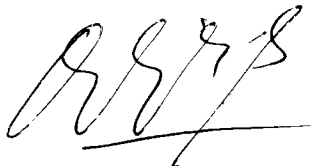
**Ketua : Sri Winarsi, S.H., M.H.**

  
.....


**Anggota : 1. Emmanuel Sujatmoko, S.H., M.S**

  
.....

**2. Lilik Pudjiastuti, S.H., M.H.**

  
.....

**3. Dr. M. Hadi Subhan, S.H., M.H.**

  
.....

## KATA PENGANTAR

Segala puja dan puji bagi-Mu Ya Rabb, Ya Rahman Ya Rahim, Ya Dzaljalali wal Ikhrum Allah Tuhan Semesta Alam, hanya karena perkenan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **"PENERAPAN PRINSIP GOOD GOVERNANCE PADA PELAYANAN KESEHATAN DI PROVINSI JAWA TIMUR"** ini dengan rasa syukur yang sedalam-dalamnya. Shalawat dan Salam kehadiran Rasulullah dan Wali-wali yang dikirimkan Allah kepada umat manusia, Semoga selamat dan sejahtera beserta keluarga-Nya juga kepada Mursyidku, Bapanda Haji Syaidi Syekh Der Moga Barita Raja MS atas doa, bimbingan jasmani maupun rohani yang diperkenankan.

Berawal dari pengalaman penulis yang mendengar dan ikut merasakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat ketika beberapa kerabat serta keluarga membutuhkan rumah sakit pemerintah sebagai penyedia layanan kesehatan itulah, akhirnya penulis mulai terdorong untuk menjadi kajian skripsi ini. Tanpa disadari, terdapat anggapan publik bahwa kesehatan adalah sesuatu yang tak ternilai dan mahal harganya. Hal ini menjadikan masyarakat cenderung reaktif, hanya mempedulikan kesehatan setelah jatuh sakit. Padahal di sisi yang lain pembangunan derajat kesehatan harus berkesinambungan membutuhkan masyarakat yang proaktif terhadap kesehatan demi peningkatan kualitas sumber daya manusia. Penulis berharap, buah tangan dan pemikiran yang terdapat dalam skripsi ini dapat menjadi satu inspirasi, ide atau masukan bagi Pemerintah Provinsi Jawa Timur untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi

masyarakat Jawa Timur di secara adil dan merata berdasarkan prinsip *Good Governance* (Asas-asas Umum Pemerintahan yang Baik) menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku. Skripsi ini merupakan hasil yang maksimal yang dapat diberikan Penulis, oleh karenanya, patutlah diberikan penghargaan kepada Dosen-dosen Hukum Pemerintahan, Bapak Emmanuel Sujatmoko, SH,MS selaku Dosen Pembimbing yang berkenan memberi waktunya untuk membimbing skripsi ini di kala kesibukannya, Ibu Sri Winarsih, SH, MH, Ibu Lanny Ramli, SH,MH, Ibu Lilik Pudji, SH,MH, Bapak Hadi Subhan, SH,MH, Bapak DR. Suparto Widjoyo, Bapak Urip Santoso, SH,MH, DR.M.Zaidun, Prof. Basuki Rekso Wibowo, DR. Eman Ramlan, Bapak Harun Assagof, semua dosen-dosen yang pernah memberi ilmu, pengetahuan, etika, dan norma yang terbaik dari seluruh yang dimiliki, sangat tak ternilai bagi penulis selama berkuliah serta membuat rasa betah di Bagian Hukum Pemerintahan Administrasi Fakultas Hukum Universitas Airlangga.

Maka dari itu, atas terselesaikannya kuliah di Fakultas Hukum Universitas Airlangga, ijinkan Penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Ibunda tercinta, Siti Aminah, atas segala kasih dan ketegaran yang terjaga kepada keluarga, anak-anak serta cucu-cucu. Semoga Yang Maha Kasih membalas segala kelapangan hati Ibu dengan nikmat tak terduga. Maafkan aku belum bisa membalas semuanya, itu tinggal tunggu waktu saja. Semua perjuangan, pengorbanan hingga tetes air mata & darahnya untukku adalah inspirasi dan bekal hidupku yang tak mungkin bisa kulupakan sampai

kapanpun. “Mum, you are the best, thanks for your care, your time to make food, your ears to hear my opinion or my loud words everyday”

2. Bapak Drs. Achmad Saroni, atas perhatian, dukungan moril, materi dan pengalaman hidup. Semoga Yang Maha Adil berkenan membawanya ke derajat manusia yang lebih sempurna bagi keluarga.
3. Kakak-kakakku, Arif Satriansyah, SE, Iswi Juniharsyah, SE dan Nurul Faidah, Amd Keb, Lutfi Hermawansyah dan Yusfida, terima kasih telah menjadi donator selama aku berkuliah. Semoga Yang Maha Sempurna selalu melindungi keluarganya, memberikan rezeki berlimpah dan meninggikan derajatnya menjadi manusia yang besar dan berguna bagi masyarakat.
4. Ibu Sinar Ayu Wulandari, SH, MH selaku Dosen Wali tercinta yang selalu ramah dan kurindukan. Semoga Yang Maha Kuasa membalas segala kebaikan yang pernah diberikan kepadaku.
5. Keluarga besar Joyo Supeno, Keluarga Syaerozi, H.Mansyur Syaerozi, Mas Kholiq, Mbak Fatimah dan Mas Sis.
6. Keluarga besar Sakıban atas keutuhan dan kerukunan keluarga, Delan, Delik, Lek Titi, Om Kus, (alm) Lek Tun, Om Par, Vici Harumi, SE, wartel dan kos-kosan kedung rukem.
7. Untuk ponakan-ponakanku tersayang, Fidy, Ficha, Fiqy, Fira, Fisi, Ais, harus jadi anak baik dan solehah, selalu mendoakan kedua orang tua ya.
8. Sahabat-sahabatku di Surau Kiblatul Amin, Pak Bin+Bu Bin; drg.Mijar; Muhammad Alkaff, MT; Ali Ridho, ST; Azis Suprianto, ST; Mbak Wulan,



- Mas Dito, Kak Ida, Mas Rusli, Aci, Lia Subaidy, Bu Ani, dan teman-teman lain yang selalu menyemangati, tidak dapat disebutkan satu persatu.
9. Koncoplek selama kuliah di Fakultas Hukum Unair angkatan 2002 yang tidak dapat disebutkan satu persatu, teman seperjuangan yang mengertiku dan selalu menyemangatiku Rena Zefania Ritonga, SH, Lioni Tiendani, Miranda Beatrice, SH, Esta `pepe`, Fetroki, Prasetyo Herlambang, Adityari, Resistensia, Santi, Dina, Happy Cicilia, Jenies Maharani, M.Nizar, Gusta, Ervan, Gandhi, Tantri, Ningrum, Damang, temen-temen PLKH "untung kalian udah lulus jadi bikin aku iri ngga lulus-lulus".
  10. Warga minat Hukum Pemerintahan, Dinda di saat-saat terakhir, Hendricko, Rhea, Jeje, Zaenal, Agung dan lain-lain.
  11. ALSA yang pernah memberikan pengalaman berorganisasi, mbak Reta, mas Bimo, mas Tito, mbak Dina, mbak Nita, Fernandes, Sari Suwardji, Riza, Hans Purba, Sofia, Nthan, dan adik-adik ALSA yang lain.
  12. Temen-temen di ITS yang selalu menanyakan "gimana kuliahmu di Unair" Armita, Enoq, Arta, Aisyah, Haris, Fandy, Yeffa, Praja, dll, Then, never forget Fikri, Diana, Atik (yg pernah membantu penulis, dukungan laptop ^\_^ moril maupun materi, ketika skripsi juga pada saat masih kuliah)
  13. Dosen-dosen di ITS, Pak Adjie, Pak Putu Rudy, Pak Aris, Pak Eko, Pak Heru, Pak Sardjito, guruku penambah ilmu dan wawasan.
  14. Sobat-sobat SMUku, Lia, Galuh Anggia, Yudith, Tiffany, Shinta, Shindy, Ayuning, Renny, Anggi Kuspita (suatu saat aku menyusulmu), Putu Prathiwi (doctor as soon), Oon (semoga nular beasiswa Diktinya), dll.

15. Legislatif Mahasiswa ITS 2006-2007 (inovatif dan merakyat); Didik, Pima, Aldin, Putri, Yesci, Juna, Erly, Edwin, Prast atas segala pengalaman dan waktu yang berharga.
16. Manusia-manusia tak kentara yang telah membuat hidup berwarna-warni, menyenangkan dan kadang menyedihkan, Prasetyo Harnanto, Yodyan, Kholid, Basyar, Dedy Sagita, Bakti Purnama, Obinatoro, Kaka, karena kalian bila aku disini tegar sampai hari ini bukan karna kuat dan hebatku.
17. GIGI, Armand Maulana, Dewa Budjana, Thomas Ramdhan, Gusti Hendy atas karya-karya seninya yang menemaniku mengerjakan skripsi. Temen-temen Gigikita Teh Oniel, Satria, Vivin, Farul, Wawan, Rahma, Dewi, Kaka!
18. Maia Estianty atas kiprah dan semangatnya for being Independent and Good Woman as a mother too. *Go Arek Suroboyo, Go Girl Power!!!*

Demikianlah yang bisa dilakukan oleh Penulis. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi siapa saja yang hendak mempelajari, membaca serta menikmatinya. Adapun kritik dan saran yang produktif akan selalu dinanti. Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh. Terima Kasih.

Penulis

Nurlaily Farah Nisyah



## DAFTAR ISI

|  | Halaman |
|--|---------|
| <b>HALAMAN JUDUL</b> .....                         | i       |
| <b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....                   | ii      |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....                    | iii     |
| <b>MOTTO</b> .....                                 | iv      |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....                        | vi      |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                            | xi      |
| <b>BAB I PENDAHULUAN</b>                           |         |
| 1.1 Latar Belakang dan Permasalahan.....           | 1       |
| 1.2 Rumusan Masalah.....                           | 12      |
| 1.3 Tujuan Penelitiann dan Manfaat Penelitian..... | 13      |
| 1.3.1 Tujuan Penelitian.....                       | 13      |
| 1.3.2 Manfaat Penelitian.....                      | 13      |
| 1.4 Metode Penelitian.....                         | 14      |
| 1.4.1 Tipe Penelitian.....                         | 14      |
| 1.4.2 Pendekatan Masalah.....                      | 14      |
| 1.4.3 Sumber Bahan Hukum.....                      | 15      |
| 1.4.4 Pengumpulan Bahan Hukum.....                 | 17      |
| 1.4.5 Analisis Bahan Hukum.....                    | 18      |

**BAB II PRINSIP *GOOD GOVERNANCE* PADA PERATURAN PERUNDANG-  
UNDANGAN TENTANG PELAYANAN KESEHATAN**

|   |    |
|---|----|
| II.1 Prinsip <i>Good Governance</i> pada Penyelenggaraan Pemerintahan<br>Negara.....  | 19 |
| II.2 Prinsip <i>Good Governance</i> pada Negara Hukum.....  | 34 |
| II.3 Pengaturan Hukum mengenai Pelayanan Kesehatan.....   | 41 |
| II.3.1 Asas dan Tujuan Pembangunan serta Pelayanan Kesehatan bagi<br>Warga Negara Indonesia.....                                    | 44 |
| II.3.2 Kesehatan Merupakan Salah Satu Utusan Pemerintahan Daerah<br>Provinsi Berdasarkan Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007...46 |    |

**BAB III PENERAPAN PRINSIP *GOOD GOVERNANCE* PADA PERATURAN  
PELAYANAN KESEHATAN DI PROVINSI JAWA TIMUR**

|  |    |
|--|----|
| III.1 Kewenangan Pemerintah Provinsi Jawa Timur di Bidang Kesehatan...52   |    |
| III.1.1 Penetapan Standar Pelayanan Minimal Di Jawa Timur<br>Sebagai Upaya Pemenuhan Hak dan Kebutuhan Masyarakat<br>Atas Kesehatan..... | 70 |
| III.1.2 Azas dan Tujuan Standar Pelayanan Minimal Pada Sarana<br>Kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit.....                                | 72 |
| III.1.3 Pengaturan Rekam Medis (Medical Record).....   | 76 |
| III.1.4. Penerapan SPM melalui Pendekatan Konseptual Pelayanan<br>Kesehatan Terhadap Konsep Pelayanan Prima.....                         | 81 |
| III.2 Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit.....  | 92 |
| III.2.1 Rumah Sakit Sebagai Sarana Masyarakat Mendapatkan  |    |

Jaminan Kesehatan.....92

III.2.2 Tanggung Gugat Kesehatan Dalam Upaya Pelayanan

Kesehatan.....111

**BAB IV PENUTUP**

IV.1 Kesimpulan.....122

IV.2 Saran.....125

**DAFTAR BACAAN**

**LAMPIRAN**

1. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2003 tentang Pengelolaan Pelayanan Obat Dan Alat Kesehatan Di Rumah Sakit Propinsi Gubernur Jawa Timur
2. Keputusan Gubernur Jawa Timur No.27 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/ Kota di Jawa Timur
3. Keputusan Gubernur Jawa Timur No. 188/23/KPTS/013/2007 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Timur

## BAB I

### PENDAHULUAN

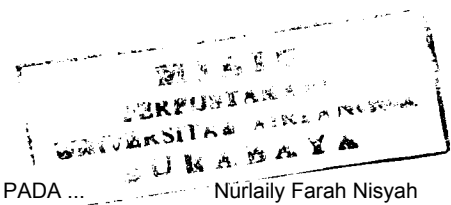
#### 1.1 Latar Belakang dan Permasalahan

Berawal dari tema sentral reformasi total di seluruh aspek kehidupan bangsa Indonesia, terdapat tuntutan kepada pemerintah untuk mewujudkan masyarakat madani, terciptanya *Good Governance*, dan mengembangkan model pembangunan yang berkeadilan.<sup>1</sup> Setelah tahun 1999, lahirnya Undang-Undang No.22 Tahun 1999 dan kemudian Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (yang selanjutnya akan disebut UU Pemda) sebagai penggantinya, secara terminologis menjadi bukti perwujudan sistem pemerintahan dan menjadi salah satu landasan yuridis sebagai pengembangan sistem otonomi daerah di Indonesia sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam koridor Undang-Undang Dasar 1945 hasil amandemen. Dimana Pasal 18 jo Pasal 1 UUD 1945 menyebutkan:

#### Pasal 18

- (1) Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah-daerah provinsi dan daerah provinsi itu dibagi atas kabupaten dan kota, yang tiap-tiap provinsi, kabupaten, dan kota itu mempunyai pemerintahan daerah, yang diatur dengan undang-undang.
- (2) Pemerintah daerah provinsi, daerah kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan.
- (3) Pemerintahan daerah provinsi, daerah kabupaten, dan kota memiliki Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang anggota-anggotanya dipilih melalui pemilihan umum.

<sup>1</sup> Mardiasmo, Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah, ANDI, Yogyakarta, 2002



- (4) Gubernur, Bupati, dan Walikota masing-masing sebagai kepala pemerintah daerah provinsi, kabupaten, dan kota dipilih secara demokratis.
- (5) Pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya, kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah Pusat.
- (6) Pemerintahan daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan
- (7) Susunan dan tata cara penyelenggaraan pemerintahan daerah diatur dalam undang-undang

**Pasal 18A**

- (1) Hubungan wewenang antara pemerintah pusat dan pemerintahan daerah provinsi, kabupaten, dan kota, atau antara provinsi dan kabupaten dan kota diatur dengan undang-undang dengan memperhatikan kekhususan dan keragaman daerah
- (2) Hubungan keuangan, pelayanan umum, pemanfaatan sumber daya alam dan sumber daya lainnya antara pemerintah pusat dan pemerintahan daerah diatur dan dilaksanakan secara adil dan selaras berdasarkan undang-undang

**Pasal 18B**

- (1) Negara mengakui dan menghormati satuan-satuan pemerintahan daerah yang bersifat khusus atau bersifat istimewa yang diatur dengan undang-undang
- (2) Negara mengakui dan menghormati kesatuan-kesatuan masyarakat hukum adat beserta hak-hak tradisionalnya sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia, yang diatur dalam undang-undang

**Pasal 1**

- (1) Negara Indonesia ialah Negara Kesatuan, yang berbentuk Republik
- (2) Kedaulatan berada di tangan rakyat dan dilaksanakan menurut Undang-Undang Dasar
- (3) Negara Indonesia adalah negara hukum

Amandemen UUD 1945 dalam Pasal 18 tersebut dengan telah jelas menyebutkan frase 'mengatur dan mengurus sendiri' yang akhirnya mengubah sistem sentralistik menjadi desentralisasi. Oleh karena Negara Indonesia merupakan *eenheidsstaat*, maka Indonesia tidak akan mempunyai daerah yang di dalam lingkungan yang bersifat *staat* juga. Ini berarti terdapat pembagian kekuasaan secara vertikal, dimana segala kewenangan mutlak dimiliki dan harus mendapat persetujuan dari Pemerintahan Pusat menjadi kewenangan Pemerintah Daerah. Daerah-daerah di Indonesia akan dibagi dalam Daerah Provinsi dan



Daerah Provinsi akan dibagi pula dalam daerah yang lebih kecil yakni Kabupaten/Kota. Di daerah-daerah yang bersifat otonom (*streek and locale rechtsgemeenschappen*) atau daerah yang bersifat administrasi, semuanya akan diatur menurut aturan yang akan ditetapkan baik dengan Undang-Undang maupun peraturan pelaksana lain yang berlaku.

Desentralisasi sebagai sendi sistem ketatanegaraan Republik Indonesia tidak hanya karena dihadapkan pada kenyataan wilayah Indonesia yang luas dan beragam, keinginan untuk memelihara dan mengembangkan pemerintahan asli ke dalam satu kesatuan susunan ketatanegaraan Republik Indonesia, melainkan didorong pula oleh pertimbangan untuk membentuk pemerintahan di daerah yang didasarkan permusyawaratan dan perwakilan dan sistem pemerintahan negara.<sup>2</sup> Desentralisasi mengandung makna bahwa penyerahan atau pengakuan hak atas kewenangan untuk mengurus rumah tangga daerah sendiri. Pengakuan tersebut merupakan bentuk partisipasi rakyat dalam pengambilan keputusan yang merupakan ciri dari Negara Demokrasi.<sup>3</sup>

Tentunya, tuntutan perubahan sistem pemerintahan Republik Indonesia bukan tanpa sebab. Hal tersebut dilatar belakangi oleh intervensi Pemerintah Pusat yang terlalu besar di masa sebelum tahun 1998 telah menimbulkan rendahnya kapabilitas dan efektivitas pemerintah daerah dalam mendorong proses pembangunan dan kehidupan demokrasi di daerah. Arahan dan *statuory requirement* yang terlalu besar dari Pemerintah Pusat tersebut menyebabkan inisiatif dan prakarsa daerah cenderung mati sehingga pemerintah daerah

<sup>2</sup> Hadjon, Phillipus M et al, Pengantar Hukum Administrasi, Gajah Mada University, 1994

<sup>3</sup> Sujatmoko, Emmanuel. Pembagian Kekuasaan Secara Vertikal, Yuridika Vol.20 No.1, 2005



seringkali menjadikan pemenuhan peraturan sebagai tujuan dan bukan sebagai alat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.<sup>4</sup>

Perubahan sistem yang dituntut masyarakat pada saat itu menentukan perlunya prinsip dalam penyelenggaraan negara. Asas Umum Penyelenggaraan Negara yang kemudian diadopsi Negara kita berasal dari prinsip *Good Governance* (Asas-asas Umum Pemerintahan yang Baik) dimana telah diakui banyak negara untuk dijadikan prinsip umum penyelenggaraan negara. United Nation Development Program (UNDP) PBB mendefinisikan *Good Governance* sebagai suatu penyelenggaraan manajemen pembangunan yang solid dan bertanggung jawab yang sejalan dengan prinsip demokrasi yang efisien, dan pencegahan korupsi baik secara politik maupun administrasi, serta penciptaan *good legal and political framework*. *Good Governance* sering diartikan sebagai pemerintahan yang baik. Dalam pendefinisian ini, **UNDP** memberikan karakteristik pelaksanaan *Good Governance* yang meliputi kriteria:

1. *Participation*,
2. *Rule of law*,
3. *Transparency*,
4. *Responsiveness*,
5. *Consensus orientation*,
6. *Equity*,
7. *Efficiency and Effectiveness*,
8. *Accountability*,
9. *Strategic vision*.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Mardiasmo, *loc cit*, h.4

<sup>5</sup> Beberapa Pemikiran Tentang Good Governance, diambil dari [http://goodgovernance-bappenas.go.id/publikasi\\_files/buku\\_saku\\_files](http://goodgovernance-bappenas.go.id/publikasi_files/buku_saku_files). Didownload pada: 12 September 2007

Prinsip Pemerintahan yang Baik juga diterapkan di Belanda yakni dalam berbagai undang-undang yang menguasai peradilan administrasi menggunakan asas-asas umum pemerintahan yang baik (ABBB). Asas ini disebut sebagai dasar banding dan atau pengujian (antara lain Pasal 8 ayat 1 di bawah d Wet AROB) meski ABBB merupakan hukum tidak tertulis, namun senantiasa dipatuhi oleh pemerintah di Belanda. ABBB di Belanda yang telah mendapat tempat yang jelas antara lain: Asas persamaan; asas kepercayaan; asas kepastian hukum; asas kecermatan; asas pemberian alasan (motivasi); Larangan "detournement de pouvoir" (penyalahgunaan wewenang); larangan bertindang sewenang-wenang.<sup>6</sup>

Di negara manapun penyelenggara Negara mempunyai peran penting dalam mewujudkan cita-cita bangsa. Di Indonesia, hal ini secara tegas dinyatakan dalam Penjelasan Undang-Undang Dasar 1945 yang menyatakan bahwa yang sangat penting dalam pemerintahan dan dalam hal hidupnya negara ialah semangat para Penyelenggara Negara dan pemimpin pemerintahan. Undang-Undang No.28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara Yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme, dalam Pasal 3 disebutkan:

**Pasal 3**

Azas-azas umum penyelenggaraan negara meliputi:

1. Azas Kepastian Hukum,
2. Azas Tertib Penyelenggaraan Negara,
3. Azas Kepentingan Umum,
4. Azas Keterbukaan,
5. Azas Proporsional,
6. Azas Profesionalitas, dan
7. Azas Akuntabilitas.

<sup>6</sup>Hadjon, *loc cit* h.270

Dalam menyelenggarakan otonomi, sesuai Undang-undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah mengamanatkan Daerah memiliki kewajiban: melindungi masyarakat, menjaga persatuan kesatuan, kerukunan, dan keutuhan Negara kesatuan Republik Indonesia (NKRI); meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat; mengembangkan kehidupan demokrasi; mewujudkan keadilan sosial dan pemerataan; meningkatkan pelayanan dasar pendidikan; menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan; menyediakan fasilitas sosial dan fasilitas umum yang layak; mengembangkan sistem jaminan sosial; menyusun perencanaan dan tata ruang daerah; melestarikan lingkungan hidup; mengelola administrasi kependudukan; melestarikan nilai-nilai sosial budaya; membentuk dan menerapkan peraturan perundang-undangan sesuai dengan kewenangan yang ada; serta menjalankan kewajiban lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan (Ps 22 UU Pemda).

Hak dan kewajiban yang dimiliki pemerintah daerah ini dilakukan berdasarkan Asas Penyelenggaraan Pemerintahan dalam UU Pemda pasal 20 yakni:

#### **Pasal 20**

(1) Penyelenggaraan pemerintahan berpedoman pada Asas Umum Penyelenggaraan Negara yang terdiri atas:

- a. asas kepastian hukum;
- b. asas tertib penyelenggara negara;
- c. asas kepentingan umum;
- d. asas keterbukaan;
- e. asas proporsionalitas
- f. asas profesionalitas;
- g. asas akuntabilitas;
- h. asas efisiensi; dan
- i. asas efektivitas

(2) Dalam menyelenggarakan pemerintahan, Pemerintah menggunakan asas desentralisasi, tugas pembantuan, dan dekonsentrasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Prinsip otonomi daerah seluas-luasnya dalam arti Daerah diberi kewenangan mengurus dan mengatur semua urusan pemerintahan diluar yang menjadi urusan Pemerintah yang ditetapkan UU Pemda.<sup>7</sup> Hal yang penting disini berarti Pemerintah Daerah dengan kewenangan otonomi yang dimilikinya dalam beberapa bidang sudah tidak seharusnya mengatakan "menunggu keputusan dari Pusat". Daerah memiliki kewenangan membuat kebijakan daerah untuk memberi pelayanan, peningkatan peran serta, prakarsa, dan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan pada peningkatan kesejahteraan rakyat. Sejalan dengan prinsip itu, penyelenggaraan otonomi daerah harus selalu berorientasi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat dengan memperhatikan kesejahteraan masyarakat dengan selalu memperhatikan kepentingan dan aspirasi yang tumbuh dalam masyarakat.

Desentralisasi harus menjadi sarana dan peluang penting bagi upaya membuka akses bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik yang lebih baik bagi masyarakat miskin menuju kemandirian. Desentralisasi harus pula diayomi oleh kebijakan nasional yang bertujuan untuk bersama-sama membangun bangsa, sehingga akan menumbuhkan semangat *country ownership*. Era Pemerintahan Daerah tahun 1974 yang didominasi oleh sentralisasi Pemerintah Pusat telah membentuk jiwa Pemerintah Daerah sarat *Power Culture* kini idealnya telah menjelma menjadi *Service Culture*

<sup>7</sup> Penjelasan Undang-Undang Pemerintahan Daerah

bagi masyarakat dengan lahirnya UU Pemda.<sup>8</sup> Hal ini diperkuat dengan pasal 16

Undang-Undang No.32 Tahun 2004 yang berbunyi:

**Pasal 16**

- (1) Hubungan dalam bidang pelayanan umum antara Pemerintah dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) dan ayat (5) meliputi:
  - a. kewenangan, tanggung jawab, dan penentuan standar pelayanan minimal;
  - b. pengalokasian pendanaan pelayanan umum yang menjadi kewenangan daerah, dan
  - c. fasilitasi pelaksanaan kerja sama antar pemerintahan daerah dalam penyelenggaraan pelayanan umum
- (2) Hubungan dalam bidang pelayanan umum antar pemerintahan daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (4) dan ayat (5) meliputi:
  - a. pelaksanaan bidang pelayanan umum yang menjadi kewenangan daerah
  - b. kerja sama antar pemerintahan daerah dalam penyelenggaraan pelayanan umum; dan
  - c. pengelolaan perizinan bersama bidang pelayanan umum
- (3) Hubungan dalam bidang pelayanan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Pelayanan umum yang kini dikenal dengan pelayanan publik menjadi satu kriteria bagi pemerintahan yang memiliki tata kelola yang baik (*good governance*) yakni dalam tata kelola pemerintahan yang baik memiliki jaminan dalam memberikan pelayanan publik memuaskan

<sup>8</sup> Mallarangeng, Andi, Seminar Otonomi Award "Mentradisikan Kompetensi Memintas Kemajuan". 7 Juni 2007



Dari hasil monitoring dan evaluasi Otonomi Daerah 2006 di 38 kabupaten/kota di Jawa Timur, 40 kabupaten/kota di Jawa Tengah-Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), dan 12 kabupaten/kota di Kalimantan Timur, terdapat beberapa Daerah yang berusaha mewujudkan pelayanan publik sesuai dengan harapan masyarakat. Bahkan beberapa Daerah melakukan inovasi pelayanan publik seperti melakukan *Citizens Charter* (CC) yakni kontrak terhadap warga untuk beberapa pelayanan dasar. Yaitu, Pemerintah Kota Jogja dan Pemerintah Kota Blitar. Di Kota Blitar, CC kali pertama diimplementasikan di Puskesmas Kepanjen Kidul atau lebih dikenal dengan nama Puskesmas Bendo. Puskesmas tersebut dipilih karena letaknya yang paling terpencil dan kondisinya paling memprihatinkan dibandingkan dengan dua puskesmas lain di kota itu. Forum CC di Puskesmas Bendo mampu menghasilkan beberapa kesepakatan yang mengikat penyedia (dokter, perawat, bidan) dan pengguna layanan kesehatan (masyarakat umum). Kontrak layanan tersebut berisi waktu pelayanan (jam layanan, jadwal layanan, dan lama layanan di tiap loket), standar ruang layanan, sikap layanan, prosedur layanan (hak, kewajiban, dan sanksi penyedia atau pun pengguna layanan kesehatan), tarif layanan (d disesuaikan dengan perda tarif - kecuali pasien yang menggunakan kartu ASKES, JPS), alur pelayanan, serta mekanisme penyampaian saran dan kritik.<sup>9</sup>

Adanya sistem desentralisasi yang memberikan beberapa kewenangan kepada Daerah menjadikan sistem pelayanan publik lebih banyak ditangani secara langsung oleh Pemerintah Daerah. Pelayanan Publik selalu berkaitan dengan

---

<sup>9</sup> Novitasari, Hariatni dan Munawar, Hadi Artikel "Menengok Pelaksanaan Citizen's Charter di Kota Blitar dan Jogja" Kompas, 7 Agustus 2006, Didownload: 15 Okt 2006



bidang-bidang yang dikonsumsi secara massal oleh masyarakat, salah satunya adalah Kesehatan. UU Pemda memberikan pengaruh atas pemberlakuan desentralisasi dan otonomi daerah terhadap sistem kesehatan nasional. Sebelum membahas desentralisasi di sektor kesehatan, perlu mengkaji masalah pembangunan kesehatan.

Wacana pembangunan kesehatan termasuk dalam bidang pembangunan sosial yang belum banyak mendapatkan perhatian yang luas baik dari kalangan akademisi maupun publik secara umum karena sebagian besar dari mereka belum bisa melepaskan pandangan yang melihat bahwa pembangunan kesehatan sebagai kondisi yang berkaitan erat dengan pembangunan ekonomi, sosial dan politik. Pembangunan kesehatan sebagian besar dipahami sebagai permasalahan teknis belaka yang hanya melibatkan para dokter, perawat, dan tenaga paramedis lainnya. Sementara, dari kebijakan serta pengaturan hukum yang mengarah ke ruang publik belum banyak dikaji lebih luas. Krisis ekonomi yang terjadi sejak tahun 1997 telah menimbulkan implikasi negatif berupa turunya derajat pemenuhan kebutuhan dasar secara drastis yang dialami oleh masyarakat. Andakata hal ini dibiarkan begitu saja dan tidak ditangani secara serius oleh Pemerintah maka akan tercipta suatu kondisi yang disebut sebagai *the lost generation*.<sup>10</sup>

Seperti pengalaman seorang ibu termasuk dalam asuransi masyarakat miskin (Maskin) yang sakit di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr Soetomo masih sambil digandeng dua wanita tiba di rumah sakit itu. Setelah mengurus

<sup>10</sup> Mardiasmo, *loc cit*

administrasi di loket yang tersedia, wanita tersebut dibawa ke ruang pemeriksaan. Wanita yang sakit lambungnya itu akhirnya jatuh pingsan setelah beberapa langkah berjalan. Dua wanita yang bersamanya pun panik dan meminta tolong. Namun, suster yang menghampirinya tenang-tenang saja, tidak berupaya mengambil kursi roda atau tempat tidur dorong. Suster itu malah memanggil satpam yang lokasinya jauh dari tempat wanita itu pingsan supaya mengangkat wanita tersebut ke ruang pemeriksaan. Ironisnya, saat itu satpam sedang tidak ada di tempat. Dokter yang melihat kejadian tersebut juga tidak berbuat banyak. Dia malah meminta dua wanita yang mendampinginya untuk mengangkatnya ke ruang pemeriksaan. Padahal, wanita itu gemuk dan tidak mungkin kedua wanita kurus yang bersamanya mampu mengangkat wanita itu. Untung saja tidak berapa lama wanita itu bangun dari pingsannya dan dapat melangkah ke ruang pemeriksaan.<sup>11</sup>

Buruknya pelayanan kesehatan merupakan hal yang telah biasa di negeri ini. Keluhan dari masyarakat tentang pelayanan di rumah sakit milik pemerintah tidak hanya terjadi sekali dua kali, baik di Rumah Sakit Umum Dr Soetomo atau rumah sakit pemerintah lainnya di Jawa Timur. Berkali-kali kita mendengar dan membaca keluhan masyarakat tentang buruknya pelayanan. Padahal, rumah sakit pemerintah sangat diharapkan oleh masyarakat menengah ke bawah untuk menyembuhkan penyakit mereka.

Bukan tanpa sebab peraturan perundang-undangan yang menyangkut tentang pelayanan kesehatan lahir karena kualitas dan kuantitas pelayanan

<sup>11</sup> Anggoro, A Ponce dan Liliyasi, Agustina, Mungkinkah Impian Itu Terwujud?, Artike! Kompas, Rabu, 24 Mei 2006, Download pada: 15 Oktober 2006

khususnya di Rumah Sakit pemerintah di negeri ini masih jauh dari harapan masyarakat. Berangkat dari fenomena tersebut dapat dijadikan landasan untuk mengatur dan mengendalikan pembangunan kesehatan. Salah satu paradigma yang populis adalah *health for all*, atau kesehatan untuk semua. Artinya pelayanan kesehatan sebagai jasa publik harus bisa diakses oleh seluruh lapisan masyarakat, tidak hanya lapisan masyarakat yang mampu membiayai kebutuhan akan kesehatannya tetapi kondisi masyarakat menengah ke bawah perlu lebih diperhatikan.<sup>12</sup>

Atas dasar itu Pemerintah Provinsi (Pemprov) Jawa Timur berinisiatif membuat suatu regulasi atau aturan yang bisa menjadi landasan hukum, baik berupa Peraturan Daerah, Peraturan Gubernur, maupun Surat Keputusan Gubernur sebagai usaha untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan, dan peningkatan kualitas pelayanan publik khususnya di bidang kesehatan. Hal yang positif adalah Pemprov telah mengakui kekurangannya. Kemudian secara sadar bergerak untuk memperbaiki kekurangannya.<sup>13</sup>

## 1.2 Rumusan Masalah

Berpijak dari latar belakang diatas dapat dirumuskan suatu permasalahan sebagai berikut:

1. Prinsip *Good Governance* sebagai dasar penyelenggaraan negara dan desentralisasi di bidang Kesehatan
2. Penerapan prinsip *Good Governance* dalam Peraturan tentang Pelayanan Kesehatan di Provinsi Jawa Timur (khususnya pada Rumah Sakit)

<sup>12</sup> Mardiasmo, *loc cit* h. 74

<sup>13</sup> Novenanto, Anton, Catatan untuk Komisi Pelayanan Publik, Artikel Kompas, 19 September 2006, Didownload pada: 15 Oktober 2006

### **1.3 Tujuan Penelitian dan Manfaat Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Penelitian**

Tujuan penulisan skripsi ini adalah :

- a. Mengetahui dan memahami prinsip Good Governance dari berbagai negara, berbagai sudut pandang ahli hukum serta mengapa perlu diterapkan di Indonesia
- b. Mengetahui dan memahami latar belakang serta pengaturan Pelayanan Kesehatan di Jawa Timur
- c. Mendeskripsikan aturan – aturan yang dikeluarkan oleh pemerintah provinsi dalam menjalankan prinsip-prinsip *Good Governance* dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Jawa Timur
- d. Memahami dan mampu menganalisis antara peraturan yang dikeluarkan pemerintah dengan pendekatan konseptual yang tepat bagi praktek penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Jawa Timur sesuai dengan prinsip-prinsip *Good Governance*.

#### **1.3.2 Manfaat Penelitian**

Adapun manfaat yang ingin dicapai dalam skripsi ini adalah:

- a. Menambah kepustakaan ilmu hukum bagi mahasiswa Fakultas Hukum dan interdisipliner yang lain khususnya dalam kajian Pemerintahan Daerah dan Penyelenggaraan Pemerintahan yang sesuai dengan Prinsip-prinsip *Good Governance*

- b Menambah daya nalar untuk mempelajari ruang-ruang epistemologi non positivistik dalam kajian skripsi dan karya ilmiah hukum yang lain sehingga ilmu hukum tidak menutup diri dari variabel-variabel non hukum. Karena studi ini merupakan sebuah upaya interdisipliner yang mencoba menghubungkan antara kaidah hukum dengan kenyataan-kenyataan empirik yang terjadi di masyarakat.
- c Sebagai salah satu bahan kajian untuk satuan kerja perangkat daerah yang ingin meningkatkan kualitas dan kompetensi pelayanan publik khususnya pelayanan kesehatan demi kesejahteraan masyarakat Jawa Timur menuju kehidupan yang lebih baik.

## **1.4 Metode Penelitian**

### **1.4.1 Tipe Penelitian**

Dalam penelitian hukum itu terdapat 2 (dua) tipe penelitian, yaitu penelitian hukum normatif dan penelitian hukum empiris. Penulisan dalam skripsi ini menggunakan penelitian hukum normatif dengan menelaah peraturan perundang-undangan yang berlaku dan relevan dengan pembahasan rumusan masalah yang diangkat dalam skripsi ini.

### **1.4.2 Pendekatan Masalah**

Sesuai dengan judul penulisan dan permasalahan yang dirumuskan maka pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini ada 2 (dua) macam, yaitu :



1. Statute approach atau pendekatan peraturan perundang-undangan.
2. Conceptual approach atau pendekatan konseptual, yaitu berdasarkan konsep-konsep teknik yuridis dan teoritis.

#### **1.4.3 Sumber Bahan Hukum**

Bahan hukum dalam penulisan ini dibagi menjadi 2 (dua) macam, yaitu bahan hukum primer dan skunder. Penjelasananya adalah sebagai berikut:

- a Bahan hukum primer berupa norma-norma hukum dan peraturan perundang-undangan, Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Surat Keputusan Menteri Kesehatan, Peraturan Daerah, Surat Keputusan Gubernur dan hukum positif lain yang berlaku, antara lain:
  1. Undang-Undang Dasar 1945 hasil amandemen I-IV
  2. Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
  3. Undang-Undang No. 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme
  4. Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
  5. Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.
  6. Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.
  7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.159b/Menkes/1988 tentang Rumah Sakit
  8. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.031/ Bihup/1972 tentang Rumah sakit-rumah sakit Pemerintah



9. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.034/ Birhup/ 1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.924/MENKES/SK/XII/1986 tentang Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI)
11. Permenkes RI No. 749/MENKES/XII/1989 tentang Rekam Medis
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.983/MENKES/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit
13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1457 /Menkes / SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
14. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : 63/KEP/M.PAN/7/2003 tanggal tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik
15. Peraturan Daerah Jawa Timur Nomor.11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Propinsi Jawa Timur
16. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2003 tentang Pengelolaan Pelayanan Obat Dan Alat Kesehatan Di Rumah Sakit Propinsi Gubernur Jawa Timur
17. Keputusan Gubernur Jawa Timur No.27 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/ Kota di Jawa Timur

18. Keputusan Gubernur Jawa Timur No. 188/23/KPTS/013/2007 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Timur
  19. Peraturan-peraturan lain tentang Pelayanan Kesehatan di Jawa Timur, meliputi Peraturan Daerah, Peraturan Gubernur dan Surat Keputusan Gubernur Provinsi Jawa Timur
- b Bahan hukum skunder berupa prinsip-prinsip *Good Governance* di Negara-negara lain, teori pendekatan konsep Tata Pemerintahan Umum Yang Baik, pendekatan prinsip negara hukum, teori kewenangan, pendekatan konsep pelayanan publik untuk pelayanan kesehatan, pendapat para sarjana dan sarjana hukum yang terdapat dalam literatur buku-buku hukum, jurnal hukum, hasil makalah-makalah yang disampaikan dalam berbagai forum pertemuan ilmiah seperti diskusi, seminar, lokakarya, surat kabar, internet, catatan kuliah hasil seminar maupun, artikel surat kabar dan media internet.

#### 1.4.4 Pengumpulan Bahan Hukum

Karena pendekatan yang digunakan dalam penulisan ini adalah *statute* dan *conceptual approach*, maka studi ini selain menjadikan peraturan perundang-undangan, data kepustakaan sebagai tumpuan utamanya, sekaligus juga memasukkan kasus yang diperoleh dari data lapangan yang didapat melalui pengamatan langsung.

Studi kepustakaan (*library research*) dilakukan dengan cara mengumpulkan data melalui buku ilmiah, mass media baik cetak maupun elektronik serta beberapa peraturan perundang-undangan yang berkaitan

dengan masalah yang menjadi topik pembahasan, yang kemudian dipilih dan dikelompokkan untuk selanjutnya dilakukan analisa secara prosedur penulisan ilmiah. Sedangkan penelitian lapangan (*field research*) dilakukan dengan mengadakan pengamatan di lapangan terkait dengan masalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah.

#### **1.4.5 Analisis Bahan Hukum**

Sebagaimana tertera di atas, bahwa pada penulisan ini menggunakan tiga pendekatan yakni *statute*, *concept*, dan *case approach*, maka analisa bahan hukum menggunakan analisa normatif-empiris. Karena dalam penulisan skripsi ini mencoba untuk menelusuri sejauh mana penerapan prinsip-prinsip *Good Governance* dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan oleh Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur seperti tertuang secara eksplisit dalam pasal-pasal di dalam Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah No. 38 tahun 2007 tentang Kewenangan Pemerintah dan Pemerintah Provinsi sebagai Daerah Otonom, Peraturan Menteri Kesehatan, Peraturan Daerah Pelayanan Publik Jawa Timur, dan peraturan lain yang mengatur tentang Pelayanan Kesehatan di Jawa Timur.

**BAB II**  
**PRINSIP *GOOD GOVERNANCE* PADA PERATURAN**  
**PERUNDANG-UNDANGAN TENTANG**  
**PELAYANAN KESEHATAN**

**II.1 Prinsip *Good Governance* Pada Penyelenggaraan Pemerintahan Negara**

Sistem penyelenggaraan pemerintahan negara merupakan unsur penting dalam suatu negara. Oleh karena itu, maka tidak berlebihan apabila salah satu faktor penentu krisis nasional dan berbagai persoalan yang melanda bangsa Indonesia bersumber dari kelemahan di bidang manajemen pemerintahan, terutama birokrasi, yang tidak mengindahkan prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik (*good governance*).<sup>1</sup> Memasuki era reformasi, hal tersebut diakui, sehingga melalui TAP MPR RI No. XI/MPR/1999 tentang Penyelenggara Negara Yang Bersih Dan Bebas Korupsi Kolusi dan Nepotisme, dan UU No. 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme bangsa Indonesia menegaskan tekad untuk mewujudkan penyelenggaraan pemerintahan negara dan pembangunan yang didasarkan pada prinsip-prinsip *Good Governance*.

Secara etimologi (tata bahasa) prinsip adalah dasar, permulaan, aturan

<sup>1</sup>Lumbuun, T Gayus, Kebijakan Pemerintah Dalam Mewujudkan Pemerintahan Yang Baik. 14 September 2007. [www.kormonev.menpan.go.id](http://www.kormonev.menpan.go.id). Download pada: 10 Des 2007

Pokok. <sup>2</sup> Kemudian yang dimaksud Azas secara etimologi memiliki makna adalah dasar, alas, pondamen. Keduanya memiliki persamaan arti yakni prinsip dan azas merupakan dasar terhadap suatu pemikiran, perbedaannya prinsip masih bersifat gambaran sedangkan azas sifatnya sudah konkret. Prinsip *Good Governance* berkaitan dengan tata penyelenggaraan pemerintahan yang baik. Sedangkan pemerintahan dapat diartikan secara sempit dan luas. <sup>3</sup> Dalam arti sempit, penyelenggaraan pemerintahan yang baik bertalian dengan pelaksanaan fungsi administrasi negara. Dalam kaitan ini, di Negeri Belanda (yang juga diikuti oleh ahli Hukum Administrasi Negara Indonesia) dikenal sebagai "Prinsip-prinsip atas asas-asas umum penyelenggaraan administrasi yang baik". Asas ini berisikan pedoman yang harus digunakan oleh administrasi negara dan juga oleh hakim untuk menguji keabsahan (validitas) perbuatan hukum atau perbuatan nyata administrasi negara. Asas ini pun meliputi antara lain: motivasi yang jelas, tujuan yang jelas, tidak sewenang-wenang, kehati-hatian, kepastian hukum, persamaan perlakuan,, tidak menggunakan wewenang yang menyimpang dari tujuan, *fairness* dan lain-lain.<sup>4</sup>

Dalam kepustakaan Hukum Administrasi Negara asas-asas umum pemerintahan yang baik disistematisasi oleh para ahli terkemuka dan dianut di beberapa negara, antara lain seperti di Belanda dikenal dengan "*Algemene Beginselen van Behoorlijke Bestuur*" (ABBB) ; di Inggris dikenal "*The Principal of Natural Justice*" ; di Perancis "*Les Principaux Generaux du Droit Coutumier*

<sup>2</sup> Suryadi, Kamus Baru Bahasa Indonesia, Usaha Nasional, Surabaya, 1980 :190

<sup>3</sup> Manan, Bagir *Good Governance* Hindarkan Rakyat Dari Tindakan Negara Yang Merugikan, Jurnal Transparansi Online edisi 14/ Nov.1999

<sup>4</sup> *Ibid*



*Publique*” ;di Belgia “*Aglemene Rechtsbeginselen*”; di Jerman “*Verfassung Sprinzipien*” dan di Indonesia “*Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik*”.

Untuk mengenal asas-asas umum pemerintahan yang baik menurut pendapat ahli maupun yang berkembang di Peradilan Administrasi, akan diuraikan berikut ini :

#### A. Menurut sistematisasi van Wijk / Konijnenbel

Menurut sistematisasi van Wijk/ Konijnenbel, Indroharto dalam bukunya *Usaha memahami Undang-Undang tentang Peradilan Tata Usaha Negara*<sup>5</sup> Asas-asas umum Pemerintahan yang Baik dikelompokkan :

- Asas-asas formal mengenai ***pembentukan keputusan*** yang meliputi:  
Asas kecermatan formal dan asas “*fair play*”  
Asas-asas formal mengenai ***formulasi keputusan*** yang meliputi : Asas Pertimbangan dan Asas Kepastian Hukum formal.
- Asas-asas Meterial mengenai ***isi Keputusan*** yang meliputi :
  1. Asas kepastian hukum material
  2. Asas kepercayaan atau asas harapan-harapan yang telah ditimbulkan persamaan
  3. Asas kecermatan material
  4. Asas keseimbangan

#### B. Asas-asas Umum Pemerintahan di Belanda

Di Belanda Asas-asas umum pemerintahan yang baik dipandang sebagai norma hukum tidak tertulis, namun harus ditaati oleh pemerintah, sehingga dalam **Wet AROB** (*Administrative Rechtspraak Overheidsbeschikkingen*) yaitu Ketetapan-ketetapan Pemerintahan dalam Hukum Administrasi oleh Kekuasaan

<sup>5</sup> Lumbuun, T Gayus, *loc.cit*



Kehakiman “*Tidak bertentangan dengan apa dalam kesadaran hukum umum merupakan asas-asas yang berlaku (hidup) tentang pemerintahan yang baik*”.<sup>6</sup>

Hal itu dimaksudkan bahwa asas-asas itu sebagai asas-asas yang hidup, digali dan dikembangkan oleh hakim. Asas-asas umum pemerintahan yang baik, yang terkenal dan dirumuskan dalam Yurisprudensi AROB sebagai berikut :<sup>7</sup>

1. Asas Persamaan (*gelijkheidsbeginsel*): yakni bahwa hal-hal yang sama harus diperlakukan sama, dipandang sebagai salah satu asas hukum yang paling mendasar dan berakar di dalam kesadaran hukum. Di Belanda, asas ini hidup dengan kuat dalam lingkungan administrasi
2. Asas Kecermatan (*zorgvuldigheidsbeginsel*): mengandung arti bahwa suatu keputusan harus dipersiapkan dan diambil dengan cermat. Asas kecermatan mensyaratkan agar badan pemerintahan sebelum mengambil suatu ketetapan harus meneliti semua fakta yang relevan dan memasukkan pula semua kepentingan yang relevan ke dalam pertimbangannya. Apabila pemerintah kurang meneliti fakta-fakta penting berarti tidak cermat
3. Asas Kepastian Hukum (*rechtszekerheidsbeginsel*): dapat memberikan hak kepada yang berkepentingan untuk mengetahui dengan tepat apa yang dikehendaki dari pemberi hak.
4. Asas Kepercayaan (*vertrouwensbeginsel of beginsel van opgewekte verwachtingen*): asas dimana harapan-harapan yang ditimbulkan dalam suatu pengaturan sedapat mungkin harus dipenuhi.
5. Asas Pemberian Alasan: bahwa suatu keputusan harus dapat didukung oleh alasan-alasan yang dijadikan dasarnya.
6. Larangan “*detournement de pouvoir*” atau penyalahgunaan wewenang (*het verbod detournement de pouvoir*): asas umum pemerintah yang layak dipandang sebagai sebuah aturan, bahwa suatu wewenang tidak boleh digunakan untuk tujuan lain selain untuk tujuan ia diberikan.

---

<sup>6</sup> *Ibid*

<sup>7</sup> Hadjon, et.al, *loc.cit* h.270

Pada larangan perbuatan pemerintah yang sewenang-wenang terjadi apabila terpenuhi unsur-unsur; *Pertama*, penguasa yang berbuat secara yuridis memiliki kewenangan untuk berbuat (ada peraturan dasarnya); *Kedua*, dalam mempertimbangkan yang terkait dalam keputusan yang dibuat oleh pemerintah, unsur kepentingan umum kurang diperhatikan; *Ketiga*, perbuatan tersebut menimbulkan kerugian konkret bagi pihak tertentu. Perbuatan sewenang-wenang akan menjadi dampak lain dari penyelenggaraan pemerintahan seperti: tidak terselenggaranya pembangunan dengan baik dan tidak terlaksananya pengaturan dan pelayanan terhadap masyarakat sebagaimana mestinya. Keadaan ini menunjukkan penyelenggaraan pemerintahan belum berjalan dengan baik. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan adalah antara lain dengan menerapkan asas-asas umum pemerintahan yang baik dan mengefektifkan pengawasan baik melalui pengawasan lembaga peradilan, pengawasan dari masyarakat, maupun pengawasan melalui lembaga ombudsman.<sup>8</sup>

### C. Asas-Asas Umum Pemerintahan yang baik di Perancis

Negara Perancis juga merumuskan prinsip-prinsip umum pemerintahan yang Baik (*Les Principaux Generaux du Droit Coutumier Publique*) yakni :

1. Asas persamaan (*egalite*).
2. Asas tidak boleh mencabut keputusan bermanfaat (*intangibilite de effects individuels des actes administratifs*). Dengan asas ini keputusan yang *regelmatig* (teratur/sesuai dengan peraturan) tidak boleh dicabut apabila akibat hukum yang bermanfaat telah terjadi.

<sup>8</sup> Iskatinah, Pelaksanaan Fungsi Hukum Administrasi Negara Dalam Mewujudkan Pemerintahan Yang Baik. Buletin Litbang Dephan. Download pada: 9 Januari 2008

3. Asas larangan berlaku surut (*principe de non retroactivite des actes administratifs*).
4. Asas jaminan masyarakat (*garantie des libertes publiques*).
5. Asas keseimbangan (*proportionnalite*).

#### D. Good Governance versi United National Development Program (UNDP)

UNDP memiliki keterlibatan berbagai pihak: negara, dunia usaha dan masyarakat internasional, maka antara lain UNDP mengemukakan prinsip pemerintahan yang baik adalah :

1. Partisipasi, bahwa setiap warga Negara baik langsung maupun melalui perwakilan, mempunyai suara dalam pembuatan keputusan dalam pemerintahan.
2. *Rule of law*, kerangka hukum harus adil dan dilaksanakan tanpa pandang bulu, terutama untuk hak asasi manusia.
3. Transparansi, yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi; informasi dapat diperoleh oleh mereka yang membutuhkan serta dapat dipahami dan dimonitor.
4. Ketanggapan (*responsiveness*), yang berarti bahwa berbagai lembaga dan prosedur-prosedur harus berupaya untuk melayani setiap *stakeholder* dengan baik dan aspiratif.
5. Orientasi pada konsensus. *Governance* yang baik menjadi perantara kepentingan-kepentingan yang berbeda untuk memperoleh pilihan terbaik bagi kepentingan yang lebih luas.
6. Kesetaraan (*equity*). Semua warganegara mempunyai kesempatan yang sama untuk meningkatkan atau mempertahankan kesejahteraannya.
7. Efektifitas dan efisiensi. penggunaan sumber-sumber secara berhasil guna dan berdayaguna.

UNDP merekomendasikan beberapa karakteristik *governance*, yaitu: legitimasi politik, kerjasama dengan institusi masyarakat sipil, kebebasan berasosiasi dan partisipasi, akuntabilitas birokratis dan keuangan (finansial), manajemen sektor publik yang efisien, kebebasan informasi dan ekspresi, sistem yudisial yang adil dan dapat dipercaya. Karakteristik yang dibangun UNDP melalui anggapan dasar bahwa terdapat gejala-gejala dari kegagalan pemerintah terlihat sebagai keseluruhan yang sama, yaitu: pelayanan yang rendah, kapabilitas kebijakan yang rendah, manajemen keuangan yang lemah, peraturan yang terlalu berbelit-belit dan sewenang-wenang, alokasi sumber-sumber yang tidak tepat.

Tata Pemerintahan yang baik (*good governance*) menurut UNDP memiliki ciri-ciri sebagai berikut: Mengikutsertakan semua; Transparan dan Bertanggung jawab; Efektif dan adil; Menjamin adanya supremasi hukum; Menjamin bahwa prioritas-prioritas politik, sosial dan ekonomi didasarkan pada konsensus masyarakat; Memperhatikan kepentingan mereka yang paling miskin dan lemah dalam proses pengambilan keputusan menyangkut alokasi sumber daya pembangunan.

Namun, UNDP kurang menekankan pada prinsip efisiensi dan akuntabilitas dengan cara-cara yang berbeda. Hal-hal tersebut juga berkaitan terhadap argumentasi mengenai nilai kebudayaan relatif; sistem penyelenggaraan pemerintahan yang mungkin bervariasi mengenai respon terhadap perbedaan kumpulan nilai ekonomi, politik, dan hubungan sosial, atau dalam hal-hal seperti: partisipasi, individualitas, perintah dan kewenangan. UNDP menganggap bahwa

*good governance* dapat diukur dan dibangun dari indikator-indikator yang kompleks dan masing-masing menunjukkan tujuannya.<sup>9</sup>

Sebagai partner UNDP, Bank Dunia mengungkapkan sejumlah karakteristik *good governance*, yaitu: masyarakat sipil yang kuat dan partisipatoris; terbuka; pembuatan kebijakan yang dapat diprediksi; eksekutif yang bertanggung jawab; birokrasi yang profesional; dan aturan hukum. Karakteristik yang dimaksud Bank Dunia memiliki perbedaan dengan UNDP. Bank Dunia menghindari pernyataan mengenai sistem politik dan hak-hak, dan lebih mengacu kepada manajemen ekonomi suatu negara, sumber-sumber sosial untuk pembangunan, dan kebutuhan untuk kerangka kerja aturan dan institusi yang dapat diperhitungkan dan jelas (terbuka). Hal demikian banyak ditempatkan untuk manajerial pemerintah dan kapabilitas kebijakan, serta sebagai sumbangan penting terhadap pembangunan ekonomi dan sosial. Meskipun demikian, Bank Dunia juga memberikan catatan terhadap kebutuhan untuk masyarakat sipil partisipatoris dan pelaksanaan terhadap aturan hukum. Bank Dunia lebih suka menggunakan istilah *good (public) governance*.

Dalam perspektif Bank Dunia, *governance* adalah sifat dari kekuasaan yang dijalankan melalui manajemen sumber ekonomi dan sosial negara yang digunakan untuk pembangunan. Bank Dunia mengidentifikasi tiga aspek yang terkait dengan *governance*, yaitu:

1. Bentuk rejim politik (*the form of political regime*);

<sup>9</sup> Dokumen Kebijakan UNDP dalam "Tata Pemerintahan Menunjang Pembangunan Manusia Berkelanjutan", Januari 1997, Buletin informasi Program Kemitraan untuk Pembaharuan Tata Pemerintahan di Indonesia (*Partnership for Governance Reform in Indonesia*), 2000



2. Proses dimana kekuasaan digunakan di dalam manajemen sumber daya sosial dan ekonomi bagi kegiatan pembangunan;
3. Kemampuan pemerintah untuk mendisain, memformulasikan, melaksanakan kebijakan, dan melaksanakan fungsi-fungsinya.

Dari ketiga aspek tersebut, Bank Dunia memfokuskan pada aspek kedua dan ketiga sesuai dengan kapasitas kelembagaannya.

#### E. Penerapan Prinsip Good Governance di Inggris dalam UK/ODA, 1993

Dalam penerapan prinsip Good Governance di Pemerintahan Inggris yang dirumuskan dalam UK/ODA diartikan akuntabilitas sebagai eksistensi dari suatu mekanisme (baik secara konstitusional maupun keabsahan dalam bentuknya) yang meyakinkan politisi dan pejabat pemerintahan terhadap aksi perbuatannya dalam penggunaan sumber-sumber publik dan performan perilakunya. Prinsip-prinsip tersebut adalah:

1. Legitimasi: Menekankan pada kebutuhan terhadap sistem pemerintahan yang mengoperasikan jalannya pemerintahan dengan persetujuan dari yang diperintah (rakyat), dan juga menyediakan cara untuk memberikan atau tidak memberikan persetujuan tersebut.
2. Akuntabilitas: Mencakup eksistensi dari suatu mekanisme (baik secara konstitusional maupun keabsahan dalam bentuknya) yang meyakinkan politisi dan pejabat pemerintahan terhadap aksi perbuatannya dalam penggunaan sumber-sumber publik dan performan perilakunya.

Akuntabilitas membutuhkan keterbukaan dan kejelasan serta keterhubungannya dengan kebebasan media.

3. Kompetensi: artinya Pemerintah harus menunjukkan kapasitasnya untuk membuat kebijakan yang efektif dalam setiap proses pembuatan keputusannya, agar dapat mencapai pelayanan publik yang efisien. Pemerintah yang baik membutuhkan kapabilitas manajemen publik yang tinggi, dan menghindari penghamburan dan pemborosan, khususnya pada anggaran militer yang tinggi. Pemerintah harus menunjukkan perhatiannya pada biaya pembangunan sosial seperti: anti-kemiskinan, kesehatan, dan program-program pendidikan.
4. Penghormatan terhadap hukum/hak-hak asasi manusia berarti: Pemerintah memiliki tugas (bukan hanya yang terdapat pada konvensi-konvensi internasional) untuk menjamin hak-hak individu atau kelompok dalam mengekspresikan hak-hak sipil dan politik yang berhubungan dengan kemajemukan institusi.

#### F. Menurut Pendapat Sarjana Hukum Prof. Kuntjoro Purbopranoto

Dalam kepustakaan Hukum Administrasi di Indonesia, bukunya yang berjudul "*Beberapa Catatan Hukum Tata Pemerintahan dan Peradilan Administrasi Negara*", menguraikan asas-asas umum pemerintahan yang baik dalam 13 asas:

1. Asas kepastian hukum (*principle of legal security*);
2. Asas keseimbangan (*principle of proportionality*);

3. Asas kesamaan (dalam pengambilan keputusan pangreh) – *principle of equality* ;
4. Asas bertindak cermat (*principle of carefulness*) ;
5. Asas motivasi untuk setiap keputusan pangreh (*principle of motivation*) ;
6. Asas jangan mencampuradukkan kewenangan (*principle of non misuse of competence*) ;
7. Asas permainan yang layak (*principle of fair play*) ;
8. Asas keadilan atau kewajaran (*principle of reasonableness or prohibition of arbitrariness*) ;
9. Asas menanggapi pengharapan yang wajar (*principle of meeting raised expectation*) ;
10. Asas meniadakan akibat-akibat suatu keputusan yang batal (*principle of undoing the consequences of an annulled decision*);
11. Asas perlindungan atas pandangan hidup (cara hidup) pribadi (*principle of protecting the personal way of life*);
12. Asas kebijaksanaan (*sapientia*);
13. Asas penyelenggaraan kepentingan umum (*principle of public service*).

Ketiga belas asas diatas sebagian besar merupakan uraian atas asas-asas umum pemerintahan yang baik di Belanda berdasarkan yurisprudensi peradilan biasa karena pada waktu itu Wet AROB baru mulai berperan. Di Indonesia, eksistensi asas-asas umum pemerintahan yang baik pada awalnya tidak dimasukkan dalam UU. No.5 tahun 1986, namun pada UU No.9 tahun 2004 tentang Perubahan Atas Undang-Undang No.5 tahun 1986, dalam pasal 53 dapat dijadikan landasan atau alasan dalam gugatan atas Keputusan Tata Usaha Negara (KTUN) yakni:

**Pasal 53**

- (1) Orang atau badan hukum perdata yang merasa kepentingannya dirugikan oleh suatu Keputusan Tata Usaha Negara dapat mengajukan gugatan tertulis kepada pengadilan yang berwenang yang berisi tuntutan agar Keputusan Tata Usaha Negara yang disengketakan itu dinyatakan batal atau tidak sah, dengan atau tanpa disertai tuntutan ganti rugi dan/atau direhabilitasi.
- (2) Alasan-alasan yang dapat digunakan dalam gugatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
  - a. Keputusan Tata Usaha Negara yang digugat itu bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - b. Keputusan Tata Usaha Negara yang digugat itu bertentangan dengan asas-asas umum pemerintahan yang baik.

Dari ketentuan tersebut berarti bahwa asas-asas umum pemerintahan yang baik dapat digunakan dalam gugatan KTUN yakni orang atau badan hukum jika tidak menemukan dasar gugatan berupa peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka dapat diteliti lebih lanjut apakah KTUN yang digugat telah bertentangan dengan asas-asas umum pemerintahan yang baik sehingga nantinya hakim dapat menggunakan asas mana dari asas-asas umum pemerintahan yang baik yang dilanggar sebagai pertimbangan putusan (*toetsingsgronden*) sesuai pasal 53 ayat (2). Ketentuan ini diperkuat dengan Juklak MA No.052/Td/TUN/III/1992 tanggal 24 Maret 1992.<sup>10</sup>

**G. Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik dalam UU Nomor.28 tahun 1999**

Dengan diundangkannya UU No. 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas KKN, Asas-asas umum pemerintahan yang baik di Indonesia diidentifikasi dalam Pasal 3 dirumuskan sebagai *Asas umum penyelenggaraan negara*:

<sup>10</sup> Hadjon, et.al, *loc.cit* h.282

1. Asas Kepastian Hukum; adalah asas dalam rangka negara hukum yang mengutamakan landasan peraturan perundang-undangan, kepatutan dan keadilan dalam setiap kebijakan penyelenggara negara
2. Asas Tertib Penyelenggaraan Negara; adalah asas yang menjadi landasan keteraturan, keserasian dan keseimbangan dalam pengendalian penyelenggaraan negara
3. Asas Kepentingan Umum; adalah asas yang mendahulukan kesejahteraan umum dengan cara yang aspiratif, akomodatif dan selektif
4. Asas Keterbukaan; adalah asas yang membuka diri terhadap hak masyarakat untuk memperoleh informasi yang benar, jujur dan tidak diskriminatif tentang penyelenggaraan negara dengan tetap memperhatikan perlindungan atas hak asasi pribadi, golongan dan rahasia Negara
5. Asas Proporsionalitas; adalah asas yang mengutamakan keseimbangan antara hak dan kewajiban penyelenggara negara
6. Asas Profesionalitas ; adalah asas yang mengutamakan keahlian yang berlandaskan kode etik dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku
7. Asas Akuntabilitas; adalah asas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan penyelenggara negara harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku

Dengan demikian, Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik yang berlaku secara universal di beberapa negara sebagai hukum tertulis dan tidak tertulis, di Indonesia dengan berlakunya UU No. 28 tahun 1999 tentang



Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN merumuskan 7 Asas-Asas Umum Penyelenggaraan Negara secara formal pada Pasal 3 yang meliputi:

1. Asas Kepastian Hukum;
2. Asas Tertib Penyelenggaraan Negara;
3. Asas Kepentingan Umum;
4. Asas Keterbukaan;
5. Asas Proporsionalitas;
6. Asas Profesionalitas; dan
7. Asas Akuntabilitas.

Ketujuh asas tersebut mengikat Penyelenggara Negara (adalah Pejabat Negara yang menjalankan fungsi eksekutif, legislatif, atau yudikatif, dan pejabat lain yang fungsi dan tugas pokoknya berkaitan dengan penyelenggaraan Negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku) untuk dilaksanakan dalam tugas dan fungsinya secara sungguh-sungguh dan penuh tanggung jawab. Dalam Kepustakaan Pengantar Hukum Administrasi oleh Prof. Hadjon et.al, disebutkan hukum sebagai landasan bertindak bagi aparatur pemerintahan dan masyarakat untuk mewujudkan pelayanan publik yang baik.

Penyelenggaraan pemerintahan yang baik adalah landasan bagi pembuatan dan penerapan kebijakan negara yang demokratis. Fenomena demokrasi ditandai dengan menguatnya kontrol masyarakat terhadap penyelenggaraan pemerintahan. Perkembangan diatas menuntut redefinisi peran pelaku-pelaku penyelenggaraan pemerintahan. Pemerintah, yang sebelumnya memegang kuat kendali

pemerintahan, cepat atau lambat harus mengalami pergeseran peran dari posisi yang serba mengatur dan mendikte ke posisi sebagai fasilitator.<sup>11</sup>

#### H. Prinsip *Good Governance* dalam Undang-Undang No.32 Tahun 2004

Dalam UU No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah pada Pasal 20 dapat diterjemahkan sebagai azas yang terkini menjadi pedoman penyelenggaraan pemerintahan. Azas-azas tersebut adalah: Azas Kepastian Hukum , Azas Tertib Penyelenggaraan Negara, Azas Kepentingan Umum, Azas Keterbukaan, Azas Proporsionalitas, Azas Akuntabilitas, Azas Profesionalitas, Azas Efisiensi, dan Azas Efektivitas.

Kesembilan asas-asas tersebut sesuai dengan ketentuan Undang-Undang No. 28 tahun 1999 ditambah dengan asas efisiensi dan asas efektivitas pada Undang-Undang No. 32 Tahun 2004. Kedua asas tersebut memiliki pengertian sebagai berikut:

1. Azas Efisiensi:

azas yang mengutamakan ketepatan dalam penggunaan sumberdaya yang ada seoptimal mungkin

2. Azas Efektivitas:

azas yang mengutamakan ketepatan sasaran sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Dua asas yang disebutkan terakhir merupakan azas yang ditambahkan pada UU. No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagai perwujudan dibutuhkannya sistem penilaian serta pengawasan terhadap tindakan

---

<sup>11</sup> Penerapan Prinsip-Prinsip *Good Governance* di Negara-negara Berkembang, [www.Dadangsolihin.com](http://www.Dadangsolihin.com), penulis merupakan Direktur Deputi Perencanaan Tata Ruang dan Manajemen Tata Guna Lahan BAPPENAS

Penyelenggara Negara yang berdasarkan hukum positif yang ada pada masa itu. Azas Efisiensi dan Efektivitas selanjutnya akan dibuat sebagai dasar pertimbangan adanya standarisasi, sasaran dan satuan ukuran atau target yang ingin dicapai oleh Pemerintah sebagai salah satu Penyelenggara Negara. Hal ini dikarenakan sebelum adanya kedua azas tersebut, Pemerintah terlebih lagi masyarakat tidak dapat menilai ketepatan atas kebijakan maupun peraturan yang ada serta apakah peraturan yang ada telah dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, mengingat Pemerintah memiliki fungsi untuk melayani masyarakat.

## 11.2 Prinsip *Good Governance* Pada Negara Hukum

Di dalam negara hukum, setiap aspek tindakan pemerintahan baik dalam lapangan pengaturan maupun dalam lapangan pelayanan harus didasarkan pada peraturan perundang-undangan atau berdasarkan pada legalitas. Artinya pemerintah tidak dapat melakukan tindakan pemerintahan tanpa dasar kewenangan. Ketentuan bahwa setiap tindakan pemerintahan ini harus didasarkan pada asas legalitas, tidak sepenuhnya dapat diterapkan ketika suatu negara menganut konsepsi *welfare state*, seperti halnya Indonesia. Dalam konsepsi *welfare state*, tugas utama pemerintah adalah memberikan pelayanan terhadap masyarakat.<sup>12</sup>

Secara alamiah, terdapat perbedaan gerak antara pembuatan undang-undang dengan persoalan-persoalan yang berkembang di masyarakat. Pembuatan undang-undang berjalan lambat, sementara persoalan kemasyarakatan berjalan dengan pesat. Jika setiap tindakan pemerintah harus selalu berdasarkan undang-

<sup>12</sup> Iskatinah, *loc cit*

undang, maka akan banyak persoalan kemasyarakatan yang tidak dapat terlayani secara wajar. Oleh karena itu, dalam konsepsi welfare state, tindakan pemerintah tidak selalu harus berdasarkan asas legalitas. Dalam hal-hal tertentu pemerintah dapat melakukan tindakan secara bebas yang didasarkan pada Freies Ermessen, yakni kewenangan yang sah untuk turut campur dalam kegiatan sosial guna melaksanakan tugas-tugas penyelenggaraan kepentingan umum.<sup>13</sup>

Eksistensi Pemerintah dalam konsepsi Negara Hukum Indonesia memiliki unsur-unsur yang berlaku umum bagi setiap negara hukum, yakni :<sup>14</sup>

1. Adanya suatu sistem pemerintahan negara yang didasarkan atas kedaulatan rakyat.
2. Bahwa pemerintah dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya harus berdasar atas hukum atau peraturan perundang-undangan.
3. Adanya jaminan terhadap hak-hak asasi manusia (warga negara).
4. Adanya pembagian kekuasaan dalam negara.
5. Adanya pengawasan dari badan-badan peradilan (rechterlijke controle) yang bebas dan mandiri, dalam arti lembaga peradilan tersebut benar-benar tidak memihak dan tidak berada di bawah pengaruh eksekutif.
6. Adanya peran yang nyata dari anggota-anggota masyarakat atau warga negara untuk turut serta mengawasi perbuatan dan pelaksanaan kebijaksanaan yang dilakukan oleh pemerintah.
7. Adanya sistem perekonomian yang dapat menjamin pembagian yang merata sumberdaya yang diperlukan bagi kemakmuran warga negara.

<sup>13</sup> *Ibid*

<sup>14</sup> *Ibid*

Apabila kita meneliti UUD 1945, kita akan menemukan unsur-unsur negara hukum tersebut di dalamnya, yaitu sebagai berikut; *pertama*, prinsip kedaulatan rakyat (pasal 1 ayat 2), *kedua*, pemerintahan berdasarkan konstitusi (penjelasan UUD 1945), *ketiga*, jaminan terhadap hak-hak asasi manusia (pasal 27, 28, 29, 31), *keempat*, pembagian kekuasaan (pasal 2, 4, 16, 19), *kelima*, pengawasan peradilan (pasal 24), *keenam*, partisipasi warga negara (pasal 28), *ketujuh*, sistem perekonomian (pasal 33).

Jimly Assiddiqie menyebutkan dalam artikelnya yang berjudul "Prinsip Pokok Negara Hukum" terdapat tiga belas prinsip pokok Negara Hukum yang berlaku di zaman sekarang ini merupakan pilar utama yang menyangga berdiri tegaknya suatu negara sehingga dapat disebut sebagai Negara Hukum dalam arti yang sebenarnya. Di samping itu, jika konsep Negara Hukum itu dikaitkan pula dengan paham negara yang ber-Ketuhanan Yang Maha Esa seperti Indonesia, maka keduabelas prinsip tersebut patut pula ditambah satu prinsip lagi, yaitu: Prinsip Berke-Tuhanan Yang Maha Esa sebagai prinsip ketiga belas gagasan Negara Hukum modern. Prinsip-Prinsip Negara Hukum tersebut antara lain:<sup>15</sup>

1. Supremasi Hukum (Supremacy of Law)
2. Persamaan dalam Hukum (Equality before the Law)
3. Asas Legalitas (Due Process of Law)
4. Pembatasan Kekuasaan
5. Organ-Organ Eksekutif Yang Bersifat Independen
6. Peradilan Bebas dan Tidak Memihak
7. Peradilan Tata Usaha Negara:
8. Peradilan Tata Negara (Constitutional Court)

---

<sup>15</sup> Assiddiqie, Jimly, "Prinsip Pokok Negara Hukum", Jimly Assiddiqie Page, Download: 9 Januari 2008



9. Perlindungan Hak Asasi Manusia
10. Bersifat Demokratis (*Democratische Rechtsstaat*)
11. Sebagai Sarana Mewujudkan Tujuan Kesejahteraan (*Welfare Rechtsstaat*)
12. Transparansi dan Kontrol Sosial
13. Berke-Tuhanan Yang Maha Esa

Adapun penjelasan ke-13 prinsip negara hukum tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:<sup>16</sup>

#### 1. Supremasi Hukum (*Supremacy of Law*)

Adanya pengakuan normatif dan empirik akan prinsip supremasi hukum, yaitu bahwa semua masalah diselesaikan dengan hukum sebagai pedoman tertinggi. Pengakuan normatif atas supremasi hukum tercermin dalam perumusan hukum dan/atau konstitusi, sedangkan pengakuan empirik tercermin dalam perilaku sebagian terbesar masyarakatnya bahwa hukum itu memang '*supreme*'.

#### 2. Persamaan dalam Hukum (*Equality before the Law*)

Adanya persamaan kedudukan setiap orang dalam hukum dan pemerintahan, yang diakui secara normatif dan dilaksanakan secara empirik. Dalam rangka prinsip persamaan ini, segala sikap dan tindakan diskriminatif dalam segala bentuk dan manifestasinya diakui sebagai sikap dan tindakan yang terlarang, kecuali tindakan-tindakan yang bersifat khusus dan sementara yang dinamakan '*affirmative actions*' guna mendorong dan mempercepat kelompok masyarakat tertentu atau kelompok warga masyarakat tertentu untuk mengejar kemajuan sehingga mencapai tingkat perkembangan yang sama dan setara dengan kelompok masyarakat yang sudah jauh lebih maju. Kelompok masyarakat tertentu yang dapat diberikan perlakuan khusus melalui '*affirmative actions*' yang tidak termasuk pengertian diskriminasi itu misalnya adalah kelompok masyarakat hukum tertentu yang kondisinya terbelakang.

#### 3. Asas Legalitas (*Due Process of Law*):

Dalam setiap Negara Hukum, dipersyaratkan berlakunya asas legalitas dalam segala bentuknya (*due process of law*), yaitu segala tindakan pemerintahan harus didasarkan atas peraturan perundang-undangan yang sah dan tertulis. Peraturan perundang-undangan tertulis harus ada dan berlaku lebih dulu atau mendahului tindakan atau perbuatan administrasi yang dilakukan. Dengan demikian, setiap perbuatan atau tindakan administrasi harus didasarkan atas aturan atau '*rules and procedures*' (*regels*). Prinsip normatif demikian nampaknya sangat kaku dan dapat menyebabkan birokrasi menjadi lamban. Karena itu, untuk menjamin ruang gerak para pejabat administrasi negara

<sup>16</sup> *Ibid*

dalam menjalankan tugasnya, maka sebagai pengimbang, diakui pula adanya prinsip *'frijsermessen'* yang memungkinkan para pejabat administrasi negara mengembangkan dan menetapkan sendiri *'beleid-regels'* atau *'policy rules'* yang berlaku internal secara bebas dan mandiri dalam rangka menjalankan tugas jabatan yang dibebankan oleh peraturan yang sah.

#### 4. Pembatasan Kekuasaan:

Adanya pembatasan kekuasaan Negara dan organ-organ Negara dengan cara menerapkan prinsip pembagian kekuasaan secara vertikal atau pemisahan kekuasaan secara horizontal. Sesuai dengan hukum besi kekuasaan, setiap kekuasaan pasti memiliki kecenderungan untuk berkembang menjadi sewenang-wenang, seperti dikemukakan oleh Lord Acton: *"Power tends to corrupt, and absolute power corrupts absolutely"*. Karena itu, kekuasaan selalu harus dibatasi dengan cara memisah-misahkan kekuasaan ke dalam cabang-cabang yang bersifat *'checks and balances'* dalam kedudukan yang sederajat dan saling mengimbangi dan mengendalikan satu sama lain. Pembatasan kekuasaan juga dilakukan dengan membagi-bagi kekuasaan itu ke dalam beberapa organ yang tersusun secara vertikal. Dengan demikian, kekuasaan tidak tersentralisasi dan terkonsentrasi dalam satu organ atau satu tangan yang memungkinkan terjadinya kesewenang-wenangan.

#### 5. Organ-Organ Eksekutif Yang Bersifat Independen:

Dalam rangka pembatasan kekuasaan tersebut, tidak lagi cukup bahwa kekuasaan Pemerintah dipisah dan dibagi-bagikan ke dalam beberapa organ seperti selama ini. Untuk meningkatkan kualitas demokrasi dan demokratisasi, terutama sejak akhir abad ke-20, kekuasaan pemerintahan juga semakin dikurangi dengan dibentuknya berbagai *'independent body'* s Nasional Hak Asasi Manusia (KOMNASHAM), Komisi Pemilihan Umum (KPU), dan bahkan lembaga tradisional yang sebelumnya melekat sebagai bagian tak terpisahkan dari fungsi eksekutif, juga dikembangkan menjadi independen. Di Indonesia, dapat disebut beberapa di antaranya, misalnya Komisi Penyiaran Indonesia (KPI), Komisi Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (KPK), dan sebagainya.

#### 6. Peradilan Bebas dan Tidak Memihak:

Adanya peradilan yang bebas dan tidak memihak (*independent and impartial judiciary*). Peradilan bebas dan tidak memihak ini mutlak harus ada dalam setiap Negara Hukum. Dalam menjalankan tugas judicialnya, hakim tidak boleh dipengaruhi oleh siapapun juga, baik karena kepentingan jabatan (politik) maupun kepentingan uang (ekonomi). Untuk menjamin keadilan dan kebenaran, tidak diperkenankan adanya intervensi ke dalam proses pengambilan putusan keadilan oleh hakim, baik intervensi dari lingkungan kekuasaan eksekutif maupun legislatif ataupun dari kalangan masyarakat dan media massa. Dalam menjalankan tugasnya, hakim tidak boleh memihak kepada siapapun juga kecuali hanya kepada kebenaran dan keadilan. Namun demikian, dalam menjalankan tugasnya, proses pemeriksaan perkara oleh

hakim juga harus bersifat terbuka, dan dalam menentukan penilaian dan menjatuhkan putusan, hakim harus menghayati nilai-nilai keadilan yang hidup di tengah-tengah masyarakat. Hakim tidak hanya bertindak sebagai 'mulut' undang-undang atau peraturan perundang-undangan, melainkan juga 'mulut' keadilan yang menyuarakan perasaan keadilan yang hidup di tengah-tengah masyarakat.

7. Peradilan Tata Usaha Negara:

Meskipun peradilan tata usaha negara juga menyangkut prinsip peradilan bebas dan tidak memihak, tetapi penyebutannya secara khusus sebagai pilar utama Negara Hukum tetap perlu ditegaskan tersendiri. Dalam setiap Negara Hukum, harus terbuka kesempatan bagi tiap-tiap warga negara untuk menggugat keputusan pejabat administrasi Negara dan dijalankannya putusan hakim tata usaha negara (*administrative court*) oleh pejabat administrasi negara. Pengadilan Tata Usaha Negara ini penting disebut tersendiri, karena dialah yang menjamin agar warga negara tidak didzalimi oleh keputusan-keputusan pihak yang berkuasa. Jika hal itu terjadi, maka harus ada pengadilan yang menyelesaikan tuntutan keadilan itu bagi warga Negara, dan harus ada jaminan bahwa putusan hakim tata usaha Negara itu benar-benar dijalankan oleh para pejabat tata usaha Negara yang bersangkutan. Sudah tentu, keberadaan hakim peradilan tata usaha negara itu sendiri harus pula dijamin bebas dan tidak memihak sesuai prinsip '*independent and impartial judiciary*' tersebut di atas.

8. Peradilan Tata Negara (Constitutional Court)

Dalam penulisan ini peradilan tata negara tidak dibahas secara detail.

9. Perlindungan Hak Asasi Manusia:

Adanya perlindungan konstitusional terhadap hak asasi manusia dengan jaminan hukum bagi tuntutan penegakannya melalui proses yang adil. Perlindungan terhadap hak asasi manusia tersebut dimasyarakatkan secara luas dalam rangka mempromosikan penghormatan dan perlindungan terhadap hak-hak asasi manusia sebagai ciri yang penting suatu Negara Hukum yang demokratis. Setiap manusia sejak kelahirannya menyandang hak-hak dan kewajiban-kewajiban yang bersifat bebas dan asasi. Terbentuknya Negara dan demikian pula penyelenggaraan kekuasaan suatu Negara tidak boleh mengurangi arti atau makna kebebasan dan hak-hak asasi kemanusiaan itu. Karena itu, adanya perlindungan dan penghormatan terhadap hak-hak asasi manusia itu merupakan pilar yang sangat penting dalam setiap Negara yang disebut sebagai Negara Hukum. Jika dalam suatu Negara, hak asasi manusia terabaikan atau dilanggar dengan sengaja dan penderitaan yang ditimbulkannya tidak dapat diatasi secara adil, maka Negara yang bersangkutan tidak dapat disebut sebagai Negara Hukum dalam arti yang sesungguhnya.



10. Bersifat Demokratis (*Democratische Rechtsstaat*):

Dalam setiap Negara Hukum, dianut dan dipraktekkan adanya prinsip demokrasi atau kedaulatan rakyat yang menjamin peranserta masyarakat dalam setiap proses pengambilan keputusan kenegaraan. Dengan adanya peranserta masyarakat dalam proses pengambilan keputusan tersebut, setiap peraturan perundang-undangan yang ditetapkan dan ditegakkan dapat diharapkan benar-benar mencerminkan perasaan keadilan yang hidup di tengah masyarakat. Hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku, tidak boleh ditetapkan dan diterapkan secara sepihak oleh dan/atau hanya untuk kepentingan tertentu karena hal tersebut bertentangan dengan prinsip-prinsip demokrasi. Karena hukum memang tidak dimaksudkan untuk hanya menjamin kepentingan segelintir orang yang berkuasa, melainkan menjamin kepentingan akan rasa adil bagi semua orang tanpa kecuali. Artinya, negara hukum (*rechtsstaat*) yang dikembangkan bukanlah '*absolute rechtsstaat*', melainkan '*democratische rechtsstaat*' atau negara hukum yang demokratis. Dengan perkataan lain, dalam setiap Negara Hukum yang bersifat demokratis harus dijamin adanya demokrasi, sebagaimana di dalam setiap Negara Demokrasi harus dijamin penyelenggaraannya berdasar atas hukum.

11. Berfungsi sebagai Sarana Mewujudkan Tujuan Kesejahteraan (*Welfare Rechtsstaat*):

Hukum adalah sarana untuk mencapai tujuan yang diidealkan bersama. Cita-cita hukum itu sendiri, baik yang dilembagakan melalui gagasan negara demokrasi (*democracy*) maupun yang diwujudkan melalui gagasan negara hukum (*nomocracy*) dimaksudkan untuk meningkatkan kesejahteraan umum. Bahkan sebagaimana cita-cita nasional Indonesia yang dirumuskan dalam Pembukaan UUD 1945, tujuan bangsa Indonesia bernegara adalah dalam rangka melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan social. Negara Hukum berfungsi sebagai sarana untuk mewujudkan dan mencapai keempat tujuan negara Indonesia tersebut. Dengan demikian, pembangunan negara Indonesia tidak akan terjebak menjadi sekedar '*rule-driven*', melainkan tetap '*mission driven*', tetapi '*mission driven*' yang tetap didasarkan atas aturan.

12. Transparansi dan Kontrol Sosial:

Adanya transparansi dan kontrol sosial yang terbuka terhadap setiap proses pembuatan dan penegakan hukum, sehingga kelemahan dan kekurangan yang terdapat dalam mekanisme kelembagaan resmi dapat dilengkapi secara komplementer oleh peranserta masyarakat secara langsung (partisipasi langsung) dalam rangka menjamin keadilan dan kebenaran. Adanya partisipasi langsung ini penting karena sistem perwakilan rakyat melalui parlemen tidak pernah dapat diandalkan sebagai satu-satunya saluran aspirasi rakyat. Karena itulah, prinsip '*representation in ideas*' dibedakan dari '*representation in presence*', karena perwakilan fisik saja belum tentu mencerminkan

keterwakilan gagasan atau aspirasi. Demikian pula dalam penegakan hukum yang dijalankan oleh aparat kepolisian, kejaksaan, pengacara, hakim, dan pejabat lembaga masyarakat, semuanya memerlukan kontrol sosial agar dapat bekerja dengan efektif, efisien serta menjamin keadilan dan kebenaran.

### 13. Berke-Tuhanan Yang Maha Esa:

Negara modern biasanya mengaitkan diri dengan paham sekularisme yang memisahkan diri dari urusan-urusan keagamaan dan ketuhanan sama sekali. Negara modern mengaku (*claim*) mampu bersikap netral dalam urusan-urusan agama dan keagamaan. Karena itu, dimensi-dimensi ketuhanan lazimnya berada di luar jangkauan kajian kenegaraan. Akan tetapi, Negara Hukum Indonesia adalah negara hukum yang berke-Tuhanan Yang Maha Esa. Karena setiap produk hukum Indonesia di samping harus dibuat dan ditetapkan secara demokratis serta ditegakkan tanpa melanggar hak-hak asasi manusia, juga mempersyaratkan adanya persesuaiannya dengan ataupun terbebas dari kemungkinan bertentangan dengan norma-norma agama yang diyakini oleh para subjek warganegara Indonesia. Hukum Indonesia juga tidak boleh ditegakkan dengan semena-mena dengan tanpa mempertimbangkan nilai-nilai keadilan yang hidup dalam konteks kehidupan umat beragama dalam negara Republik Indonesia yang berdasarkan Pancasila.

### 11.3 Pengaturan Hukum tentang Pelayanan Kesehatan

Hukum pada umumnya diartikan sebagai keseluruhan kumpulan peraturan-peraturan tertulis atau kaidah-kaidah dalam suatu masyarakat sebagai susunan sosial, keseluruhan peraturan tingkah laku yang berlaku dalam suatu kehidupan bersama yang dapat dipaksakan pelaksanaannya dengan memberikan sanksi apabila dilanggar.<sup>17</sup> Hukum memiliki tujuan pokok untuk menciptakan suatu tatanan hidup dalam masyarakat yang tertib dan sejahtera di dalam keseimbangan-keseimbangan. Dengan tercapainya ketertiban dalam masyarakat maka perlindungan akan kepentingan dan kebutuhan manusia dapat terwujud.

Hukum berlaku bagi semua subyek hukum. Dimana, subyek hukum (*subjectum juris*) adalah segala sesuatu yang dapat memperoleh, mempunyai atau

<sup>17</sup>Koeswadji, Hermien Hadiati et.al, *Etik dan Hukum di Bidang Kesehatan*, Airlangga University Press. Surabaya, 2006. h. 129



menyangkut hak dan kewajiban dari hukum.<sup>18</sup> Sehubungan dengan hak warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan maka terdapat 3 (tiga) faktor yang menentukan mengapa permasalahan pembangunan di bidang kesehatan perlu diatur oleh hukum, yaitu:

1. Perlunya perawatan kesehatan diatur dengan langkah-langkah/ tindakan konkret oleh pemerintah;
2. Perlunya pengaturan hukum di lingkungan sistem perawatan kesehatan;
3. Perlunya kejelasan yang membatasi antara perawatan kesehatan dan tindakan medis tertentu.<sup>19</sup>

Ketiga faktor tersebut memerlukan hukum untuk melindungi masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan agar ada kepastian hukum dalam mendapatkan haknya sebagai warga negara. Pelayanan kesehatan merupakan usaha yang dilakukan oleh pemerintah bersama masyarakat dalam rangka meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan penduduk, yang meliputi pelayanan preventif, promosi, kuratif, dan rehabilitatif.<sup>20</sup>

Sesuai dengan Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945, yang menyebutkan:

**Pasal 28 C**

(1) Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia

<sup>18</sup> Mertokusumo, Sudikno, *Mengenal Hukum (Suatu Pengantar)*, Liberty, Yogyakarta 1999, h.12

<sup>19</sup> Kooswadi, Hermien Hadiati *op.cit*

<sup>20</sup> Praptianingsih, Sri, *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*, RajaGrafindo Persada, Jakarta: 2006 h.19

**Pasal 28 H**

(1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan

setiap orang berhak untuk memenuhi kebutuhan dasarnya demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia. Hadirnya prinsip otonomi daerah ada Undang-Undang Pemerintahan Daerah, diharapkan dapat mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat sesuai bagian utama dari tujuan nasional melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan dan peran serta masyarakat.<sup>21</sup> Oleh karena itu dengan otonomi seluas-luasnya, pemerintah daerah dalam hal ini melalui Pemerintah Provinsi diharapkan mampu meningkatkan pemerataan peningkatan kualitas kesehatan warga negara Indonesia. Prinsip otonomi daerah dalam arti pemda diberikan kewenangan mengurus dan mengatur semua urusan pemerintahan diluar yang menjadi urusan Pemerintah Pusat yang ditetapkan dalam UU Nomor 32 Tahun 2004.<sup>22</sup>

Pemerintah Daerah berwenang membuat kebijakan daerah untuk memberi pelayanan yang bertujuan pada peningkatan kesejahteraan rakyat, salah satunya pada kebutuhan dasar manusia yakni pelayanan kesehatan. Dalam kaitannya dengan pengaturan Pelayanan bidang Kesehatan bagi "orang", yang pada dasarnya merupakan hubungan yang sifatnya unik, karena hubungan tersebut bersifat interpersonal, yakni tidak hanya diatur oleh hukum tetapi juga oleh etik.

Permasalahan yang akhir-akhir ini marak di masyarakat karena persepsi masyarakat tidak memahami arti hubungan interpersonal tersebut. Bahkan sudah

<sup>21</sup> *Ibid*

<sup>22</sup> *Ibid*

melupakan aspek etik yang mengawali hubungan pemberi terhadap penerima layanan kesehatan yakni pada awalnya berupa permintaan bantuan pertolongan.

Hal tersebut dikarenakan:

1. Meningkatnya jumlah permintaan atas perawatan dan pelayanan kesehatan;
2. Berubahnya pola penyakit (dari penyakit infeksi bakteri ke epidemic modern seperti kanker, hipertensi, dll);
3. Teknologi medis, dengan biaya tinggi yang digunakan dalam praktek kedokteran

Ketiga alasan diatas merupakan dampak dari kemajuan serta perkembangan yang terjadi di masyarakat. Oleh karena itu pengaturan hukum kesehatan serta hal-hal yang berkenaan dengan pelayanan kesehatan bagi masyarakat perlu mendapatkan perhatian khusus. Pengaturan hukum kesehatan disini ternyata terkait dengan 3 (tiga) bidang hukum lain, yakni aspek hukum pidana, hukum perdata umum serta hukum administrasi. Adanya sistem desentralisasi kesehatan menjadikan sektor kesehatan sebagai urusan pemerintah daerah yang harus dipertanggungjawabkan kepada masyarakatnya (*public accountability*). Dengan demikian pembangunan kesehatan adalah salah satu ukuran dalam menilai kinerja pemerintah daerah terhadap masyarakat.

### **11.3.1 Asas dan Tujuan Pembangunan serta Pelayanan Kesehatan bagi**

#### **Warga Negara Indonesia**

Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam

Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan yang besar artinya bagi pembangunan, pembinaan sumber daya manusia Indonesia, sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. dengan memperhatikan peranan kesehatan diatas, diperlukan upaya yang lebih memadai bagi peningkatan derajat kesehatan dan pembinaan penyelenggaraan upaya kesehatan secara menyeluruh dan terpadu.

Adanya Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara prapaya sehingga perlu diatur dalam Undang-Undang. Dalam memenuhi hak warga negara untuk mendapatkan kesehatan tersebut diatas ditetapkan Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Asas dan Tujuan pengaturan di bidang Kesehatan disebutkan dalam Pasal 2 yang berbunyi:

**Pasal 2**

Pembangunan kesehatan diselenggarakan berasaskan prikeமானusiaan yang berdasarkan Ketuhanan yang Maha Esa, manfaat, usaha bersama dan kekeluargaan, adil dan merata, prikehidupan dalam keseimbangan, serta kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan sendiri.

**Pasal 3**

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Ketentuan di atas merupakan upaya perwujudan dari pembangunan kesehatan yang menyangkut pada semua segi kehidupan, baik fisik mental maupun sosial ekonomi. Dalam perkembangan pembangunan kesehatan selama ini, telah terjadi perubahan orientasi tata nilai maupun pemikiran terutama mengenai upaya pemecahan masalah dibidang kesehatan yang tidak hanya dipengaruhi oleh politik, ekonomi sosial budaya, pertahanan dan keamanan tetapi juga ilmu pengetahuan dan teknologi. Perubahan orientasi tersebut akan mempengaruhi proses penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Di samping hal tersebut dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan perlu memperhatikan jumlah penduduk Indonesia yang besar, menghuni ribuan pulau yang terpencar-pencar dengan tingkat pendidikan dan sosial yang beragam.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan meliputi upaya kesehatan dan sumber dayanya harus dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan guna mencapai hasil yang optimal. Upaya kesehatan yang semula dititikberatkan pada upaya penyembuhan penderita secara berangsur-angsur berkembang kearah keterpaduan upaya kesehatan yang menyeluruh.

### **11.3.2 Kesehatan Merupakan Salah Satu Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi Berdasarkan Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007**

Peraturan Pemerintah No 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan membawa dampak bagi daerah dalam melaksanakan kewenangannya sebagai daerah otonom. Terbitnya peraturan pemerintah ini bisa juga bermakna adanya kepastian bagi pemerintah daerah untuk melaksanakan kewenangan yang dimilikinya. Kewenangan yang dimaksudkan adalah hak dan



kewajiban pemerintah daerah melaksanakan urusan pemerintahan demi terwujudnya kesejahteraan masyarakat. Sebelum diterbitkannya PP No. 38/2007 ini, penyelenggaraan kewenangan pemerintah daerah masih mengacu pada PP No 25/2000 yang substansinya masih diatur oleh UU No 22/1999. Akibatnya, selama beberapa tahun, pemerintah daerah tidak dapat melaksanakan fungsi pemerintahan sebagaimana mestinya. Adanya tumpang tindih pelaksanaan urusan pemerintahan serta tidak berjalannya koordinasi antara provinsi dan kabupaten/kota adalah dampak dari ketidakjelasan pembagian urusan pemerintahan ini. Dengan terbitnya PP ini, pemerintah pusat berharap pemerintah daerah dapat meningkatkan kinerjanya terutama dalam melayani masyarakat.<sup>23</sup>

Bidang-bidang yang menjadi urusan dan kewenangan pemerintah kini telah diatur dalam pengaturan yang jelas, baik di dalam Undang-Undang, Peraturan Pemerintah dan Peraturan Perundang-undangan yang lain. Untuk penangan bidang Kesehatan telah disebutkan menjadi urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah provinsi dalam skala provinsi.<sup>24</sup>

Adanya Peraturan Pemerintah No 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan membawa dampak bagi daerah dalam melaksanakan kewenangannya sebagai daerah otonom. Peraturan pemerintah ini bisa juga bermakna adanya kepastian bagi pemerintah daerah untuk melaksanakan kewenangan yang dimilikinya. Kewenangan yang dimaksudkan adalah hak dan kewajiban pemerintah daerah melaksanakan urusan pemerintahan demi terwujudnya kesejahteraan masyarakat. Sebelum diterbitkannya PP No. 38/2007

---

<sup>23</sup> Urusan Pemerintahan di Daerah, <http://bentaraonline.com/Bentara Online>, 22 September 2007

<sup>24</sup> Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah, Pasal 13 ayat (1) huruf e

ini, penyelenggaraan kewenangan pemerintah daerah masih mengacu pada PP No 25/2000 yang substansinya masih diatur oleh UU No 22/1999. Akibatnya, selama beberapa tahun, pemerintah daerah tidak dapat melaksanakan fungsi pemerintahan sebagaimana mestinya. Adanya tumpang tindih pelaksanaan urusan pemerintahan serta tidak berjalannya koordinasi antara provinsi dan kabupaten/kota adalah dampak dari ketidakjelasan pembagian urusan pemerintahan ini. Dengan terbitnya PP ini, pemerintah pusat berharap pemerintah daerah dapat meningkatkan kinerjanya terutama dalam melayani masyarakat.<sup>25</sup>

Mengacu pada Undang-Undang Dasar 1945, Pelayanan Kesehatan termasuk dalam Hak Dasar bagi warga negara. Ini berarti Pemerintah wajib memberikan hak bagi warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal tersebut termasuk dalam urusan pemerintahan yang dibagi bersama antar tingkatan dan/atau susunan pemerintahan, yakni antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Provinsi.<sup>26</sup> Sedangkan dalam masalah penyelenggaraan pelayanan dasar kesehatan tersebut harus berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan Pemerintah dan dilaksanakan secara bertahap, pada pembiayaannya tersebut bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja daerah yang bersangkutan.<sup>27</sup>

Otonomi daerah dilaksanakan untuk mempermudah penyelenggaraan urusan pemerintahan yang terlalu luas dan banyak. Urusan-urusan tersebut harus didistribusikan agar memberi hasil optimal bagi kepentingan pemerintahan dan

---

<sup>25</sup> Urusan Pemerintahan di Daerah, <http://bentaraonline.com/Bentara Online>, 22 September 2007

<sup>26</sup> Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan, Pasal 2 dan Pasal 7

<sup>27</sup> *Ibid.*, Pasal 8

masyarakat. Salah satunya dengan melakukan desentralisasi, yakni menyerahkan sebagian kewenangan yang dimiliki pemerintah pusat pada pemerintah daerah. Desentralisasi ini cenderung bersifat administratif. Artinya, semua urusan pemerintahan yang diterima pemerintah daerah adalah bagian dari tugas pemerintah pusat yang harus dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan.<sup>28</sup>

Pelaksanaan urusan pemerintahan tersebut sudah ditentukan harus sesuai dengan norma, standar, prosedur dan kriteria yang ada. Pemerintah daerah tinggal melaksanakan berdasarkan ketentuan yang sudah ditetapkan sebelumnya. Begitu juga dengan pembiayaan, sarana dan prasarana, serta kepegawaian. Semuanya sudah disediakan oleh pemerintah pusat. Jadi, pemerintah daerah diharapkan dapat melaksanakan urusan pemerintahan ini sebagai suatu tugas rutin.

Kesehatan termasuk dalam Pelayanan Dasar bagi warga negara. Undang-Undang Dasar 1945 telah memberikan hak bagi warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Ditegaskan kembali dalam Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007 bahwa Urusan pemerintahan terdiri atas 31 (tiga puluh satu) bidang urusan pemerintahan meliputi urusan Kesehatan<sup>29</sup>. Urusan wajib yakni urusan kesehatan<sup>30</sup>, adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota, berkaitan dengan pelayanan dasar.<sup>31</sup> Adapun penanganan masalah kesehatan pada pasal 8 disebutkan:

<sup>28</sup> *Ibid*

<sup>29</sup> Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007. Pasal 2 ayat (4) huruf b

<sup>30</sup> *Ibid*, Pasal 7 ayat (2)

<sup>31</sup> *Ibid*, Pasal 7 ayat (1)

**Pasal 8**

(1) Penyelenggaraan urusan wajib sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan Pemerintah dan dilaksanakan secara bertahap.

(2) Pemerintahan daerah yang melalakan penyelenggaraan urusan pemerintahan yang bersifat wajib, penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Pemerintah dengan pembiayaan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja daerah yang bersangkutan.

(3) Sebelum penyelenggaraan urusan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pemerintah melakukan langkah-langkah pembinaan terlebih dahulu berupa teguran, instruksi, pemeriksaan, sampai dengan penugasan pejabat Pemerintah ke daerah yang bersangkutan untuk memimpin penyelenggaraan urusan pemerintahan yang bersifat wajib tersebut.

Oleh karena itu dalam menyelenggarakan urusan wajib dalam Pasal 7 dan Pasal 8 diatas, Pemerintah Provinsi harus dapat menetapkan standar pelayanan minimal dan secara bertahap mulai melaksanakan standar pelayanan tersebut. Selain standar pelayanan minimal, hal lain yang menjadi kewajiban untuk diselenggarakan oleh Pemerintah daerah (Provinsi) adalah pembiayaan yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja daerah. Adapun langkah sebelum diselenggarakan pelayanan kesehatan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur adalah langkah-langkah pembinaan berupa teguran, instruksi, pemeriksaan, sampai dengan penugasan pejabat Pemerintah untuk menjalankan penyelenggaraan negara di bidang kesehatan. Tentunya pada pengaturan urusan pemerintah pada pasal ini dapat dijadikan suatu perwujudan dari diterapkannya prinsip Good Governance, meliputi: Azas Kepastian Hukum, Azas Tertib Penyelenggaraan Negara, Azas Kepentingan Umum, Azas Proporsionalitas, Azas Profesionalitas, Azas Akuntabilitas, dan Azas Efektifitas

Indonesia merupakan negara hukum yang mengutamakan landasan peraturan perundang-undangan karenanya dalam penerapan Azas Kepastian

Hukum, pengaturan mengenai penyelenggaraan yang menjadi urusan wajib bagi Pemerintah Daerah telah diatur dalam produk hukum sehingga kebijakan yang ditetapkan tidak dapat serta merta ditarik kembali. Dalam Azas Tertib Penyelenggaraan Negara, dapat ditafsirkan pada Pasal 8 Peraturan Pemerintah No.38/2007 yang telah ditetapkan diatas pengaturan mengenai kebijakan di standar pelayanan minimal kesehatan juga adanya kepastian pada penganggaran biaya pada APBD diatas memiliki tujuan sebagai keteraturan, keserasian dan keseimbangan dalam kehidupan masyarakat. Agar masyarakat disini dapat turut serta mengawasi dan mengendalikan hal-hal yang menjadi haknya sebagai warga negara.

Penerapan atas pengaturan hukum di bidang kesehatan untuk mendahulukan kepentingan umum. Seperti yang telah diulas pada bab sebelumnya, bahwa bidang kesehatan merupakan bidang yang dikonsumsi dan dibutuhkan secara massal oleh masyarakat, sehingga kepentingan akan hal tersebut wajib dipenuhi oleh Pemerintah Daerah Provinsi sebagai Penyelenggara Negara yang ditunjuk dalam Undang-Undang, Peraturan Pemerintah serta peraturan pelaksanaannya.



### **BAB III**

## **PENERAPAN PRINSIP GOOD GOVERNANCE PADA PERATURAN PELAYANAN KESEHATAN DI PROVINSI JAWA TIMUR**

### **III.1 Kewenangan Pemerintah Provinsi Jawa Timur di Bidang Kesehatan**

Konsep negara kesatuan menyatakan bahwa pembagian kekuasaan secara vertikal merupakan pembagian kewenangan pemerintahan, antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah. Pembagian wewenang pemerintahan tersebut dapat dilakukan dengan cara atribusi maupun delegasi. Dalam sistem penyelenggaraan pemerintahan negara yang menganut prinsip pemencaran kekuasaan secara vertikal, dikenal dengan istilah desentralisasi, yakni membagi kewenangan kepada pemerintah bawahan dalam bentuk penyerahan kewenangan. Prinsip ini melahirkan adanya model pemerintahan daerah yang menghendaki adanya otonomi dalam penyelenggaraan kewenangan.<sup>1</sup>

Dalam hukum positif, kita temukan istilah wewenang antara lain dalam UU. No.5 Tahun 1986 tentang Peadilan Tata Usaha Negara. Istilah wewenang ataukah kewenangan sering disejajarkan dengan istilah "bevoegdheid" dalam hukum Belanda. Kewenangan dalam hukum di Indonesia selalu dikaitkan dengan konsep hukum publik. Sebagai suatu konsep hukum publik, wewenang terdiri atas sekurang-kurangnya tiga komponen, yaitu:

<sup>1</sup> Sujatnoko, Emmanuel, Pembagian Kekuasaan Vertikal, Yuridika, Vol 20 No.1, 2005

1. Pengaruh
2. Dasar Hukum
3. Konformitas Hukum <sup>2</sup>

Komponen pengaruh ialah bahwa penggunaan wewenang dimaksudkan untuk mengendalikan perilaku subyek hukum. Komponen dasar hukum, bahwa wewenang itu selalu harus dapat ditunjuk dasar hukumnya dan komponen konformitas hukum, mengandung makna adanya standar wewenang, yaitu standar umum (semua jenis wewenang) dan standar khusus (untuk jenis wewenang tertentu). Konsep wewenang disini hanya dibatasi pada wewenang pemerintahan (*bestuursbevoegdheid*). Dimana ruang lingkup wewenang pemerintahan, tidak hanya meliputi wewenang untuk membuat keputusan pemerintah (*besluit*), tetapi juga semua wewenang dalam rangka melaksanakan tugasnya. <sup>3</sup>

Dalam kepastasaan hukum administrasi terdapat dua cara utama untuk memperoleh wewenang pemerintahan, yaitu atribusi, delegasi, dan mandat. Atribusi adalah wewenang untuk membuat keputusan (*besluit*) yang langsung bersumber kepada undang-undang. Atribusi merupakan pembentukan wewenang tertentu dan pemberiannya kepada organ tertentu. Delegasi diartikan sebagai penyerahan wewenang untuk membuat keputusan (*besluit*) oleh pejabat pemerintahan (pejabat tata usaha negara) kepada pihak lain dan wewenang tersebut menjadi tanggung jawab pihak lain tersebut. Pihak yang memberi/melimpahkan wewenang disebut delegans dan yang menerima disebut delegataris. Delegasi juga harus berdasarkan peraturan perundang-undangan. Sedangkan

---

<sup>2</sup> Hadjon, Phillipus M., *Tentang Wewenang*, Yuridika

<sup>3</sup> *Ibid*

mandat merupakan pelimpahan wewenang kepada bawahan yang dimaksudkan memberi wewenang kepada bawahan untuk membuat keputusan atas nama pejabat tata usaha negara yang memberi mandat. Namun, tanggung jawab dan tanggung gugat tetap pada pemberi mandat.

Dalam penanganan bidang kesehatan termasuk kewenangan pemerintah daerah provinsi dalam skala provinsi sebagaimana didasarkan pada Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.<sup>4</sup> Pada pasal 13, penanganan bidang kesehatan merupakan dianggap sebagai hal yang serius dan perlu sehingga dijadikan urusan wajib. Dapat didefinisikan urusan pemerintahan wajib disini adalah suatu urusan pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan dasar.<sup>5</sup> Berdasarkan jenis wewenang dapat dikatakan bahwa penanganan bidang kesehatan termasuk dalam jenis Atribusi karena (besluit) yang bersumber kepada undang-undang. Juga dikarenakan atribusi diberikan pada pemerintah provinsi.

Telah disebutkan dalam Pasal 28C ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 ( diterangkan pada Bab II sebelumnya) adanya hak untuk mendapatkan pemenuhan kebutuhan dasarnya berupa kesehatan, hal ini berarti menjadi urusan pemerintah untuk memberikan hak tersebut. Dalam sistem desentralisasi Pemerinta Pusat membagi urusan wajib ini kepada Pemerintah Daerah Provinsi sehingga Provinsi berwenang membuat kebijakan daerah untuk memberi pelayanan yang bertujuan pada peningkatan kesejahteraan rakyat, salah satunya pada kebutuhan dasar manusia yakni pelayanan kesehatan.

<sup>4</sup> Undang-Undang No.32 Tahun 2004, Pasal 13 ayat (1) huruf e

<sup>5</sup> *Ibid.*, Dasar Pemikiran

Kewajiban pemerintah di bidang penanganan kesehatan juga diperkuat oleh Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang mengatur tentang tugas dan tanggung jawab Pemerintah sebagai Penyelenggara Negara. Hal ini disebutkan pada Pasal 6, Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 yang masing-masing berbunyi:

**Pasal 6**

Pemerintah bertugas mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan

**Pasal 7**

Pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat

**Pasal 8**

Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin

**Pasal 9**

Pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Dari pasal-pasal tersebut dapat ditentukan bahwa Pemerintah memiliki tugas dan tanggung jawab untuk mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan, menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat, menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat, serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Peran pemerintah lebih dititik beratkan pada pembinaan, pengaturan, dan pengawasan untuk terciptanya pemerataan pelayanan kesehatan dan tercapainya kondisi yang serasi dan seimbang antara upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh

pemerintah dan masyarakat termasuk swasta. Hal ini didasari bahwa pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Pembangunan kesehatan menyangkut semua segi kehidupan, baik fisik mental maupun sosial ekonomi. Dalam perkembangan pembangunan kesehatan selama ini, telah terjadi perubahan orientasi, baik tata nilai maupun pemikiran terutama mengenai upaya pemecahan masalah dibidang kesehatan yang dipengaruhi oleh politik, ekonomi sosial budaya, pertahanan dan keamanan serta ilmu pengetahuan dan teknologi. Perubahan orientasi tersebut akan mempengaruhi proses penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Di samping hal tersebut dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan perlu memperhatikan jumlah penduduk Indonesia yang besar, terdiri dari berbagai suku dan adat istiadat, menghuni ribuan pulau yang terpencar-pencar dengan tingkat pendidikan dan sosial yang beragam.

Kewajiban untuk melakukan pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, tetap menjadi tanggung jawab Pemerintah. Keberhasilan pembangunan diberbagai bidang telah meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat dan kesadaran akan hidup sehat yang berarti akan mempengaruhi peningkatan kebutuhan kesehatan akan pelayanan dan pemerataan yang mencakup tenaga, sarana, dan prasarana baik jumlah maupun mutu. Karena itu diperlukan pengaturan untuk melindungi pemberi pada penerima jasa pelayanan kesehatan. Hal ini akan memberikan kepastian dan perlindungan



hukum untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberi dasar bagi pembangunan kesehatan diperlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis sehingga penyelenggaraan kesehatan harus selalu berkaitan dengan azas Kepastian Hukum bagi penerima dan pemberi layanan kesehatan.

Dalam Undang-Undang Kesehatan ini disebutkan Pemerintah harus memiliki tanggung jawab untuk memenuhi upaya kesehatan yang dilakukan oleh tenaga-tenaga kesehatan secara merata di Indonesia. Hal ini juga telah disebutkan dalam Pasal 52 ayat 1 dan Pasal 74 ayat (2) dan Pasal 68 Undang-Undang Kesehatan.

**Pasal 52**

Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan

**Pasal 74 ayat (2)**

Terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan pelayanan dan perbekalan kesehatan yang cukup, aman, bermutu, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat

**Pasal 68**

Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dilaksanakan oleh perangkat kesehatan dan badan pemerintah lainnya, baik di tingkat pusat maupun tingkat daerah

Dari ketentuan diatas dapat diketahui bahwa pemerintah harus tidak sekedar memenuhi kewajiban, tetapi juga memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan kesehatan yang bersifat aman, berkualitas dan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, berarti tidak terbatas pada masyarakat yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan tetapi disebutkan juga terhadap kemampuan ekonomi kurang juga harus dapat menjangkau layanan tersebut. Dalam Pasal 68 juga telah disebutkan bahwa penyelenggara pengelolaan kesehatan ini dilaksanakan oleh perangkat kesehatan dan badan pemerintah, baik di tingkat

pusat maupun daerah. Oleh karena itu, Pemerintah Daerah juga memiliki peran sebagai pelaksana kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan di tingkat Daerah.

Sejak diberlakukannya prinsip otonomi daerah, prinsip tersebut melahirkan adanya model pemerintahan daerah yang menghendaki otonomi dalam penyelenggaraan kewenangan.<sup>6</sup> Adanya Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan membawa dampak bagi daerah dalam melaksanakan kewenangannya sebagai daerah otonom. Peraturan pemerintah ini bisa juga bermakna adanya kepastian hukum bagi pemerintah daerah untuk melaksanakan kewenangan yang dimilikinya. Kewenangan yang dimaksudkan adalah hak dan kewajiban pemerintah daerah melaksanakan urusan pemerintahan demi terwujudnya kesejahteraan masyarakat. Sebelum diterbitkannya Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 ini, penyelenggaraan kewenangan pemerintah daerah masih mengacu pada Peraturan Pemerintah No 25 Tahun 2000 yang substansinya masih diatur oleh UU No 22 Tahun 1999. Selama beberapa tahun terdapat tumpang tindih pelaksanaan urusan pemerintahan serta tidak berjalannya koordinasi antara provinsi dan kabupaten/kota adalah dampak dari ketidakjelasan pembagian urusan pemerintahan ini sebelum terbitnya Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007. Dalam PP tersebut dijelaskan lebih lanjut urusan pemerintahan yang dibagi bersama antar tingkatan dan atau susunan pemerintahan, yakni pada urusan pemerintahan bidang kesehatan.<sup>7</sup> Urusan berkaitan dengan pelayanan dasar masyarakat menjadi urusan wajib yang

<sup>6</sup>Sujatmoko, Emmanuel, *op.cit*

<sup>7</sup>Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007, pasal 2

diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/ Kota termasuk bidang kesehatan.<sup>8</sup> Penyelenggaraan urusan tersebut berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan Pemerintah Pusat dan dilaksanakan secara bertahap. Untuk masalah pembiayaan bersumber dari APBD yang bersangkutan.<sup>9</sup>

Jika dianalisis lebih lanjut, pada pengaturan diatas merupakan perwujudan dari azas Proporsionalitas dan Azas akuntabilitas. Definisi kedua azas tersebut antara lain:

1. Asas Proporsionalitas: asas yang mengutamakan keseimbangan antara hak dan kewajiban penyelenggara negara.
2. Azas Akuntabilitas berarti: asas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan penyelenggara negara harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku

Penerapan azas Akuntabilitas dapat dilihat dari sistem pembiayaan pelayanan dasar kesehatan yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi, dimana pada setiap kegiatan perancangan, pelaksanaan serta pengawasan APBD selalu melibatkan peran Legislatif. Adanya peran legislatif tersebut akan memberikan masukan terhadap hasil perencanaan pembiayaan yang mengikutsertakan partisipasi masyarakat dalam mencapai tujuan kesejahteraan umum bagi rakyat. Selain itu, pada pertanggungjawaban

<sup>8</sup> *Ibid*, pasal 7 ayat (1) dan ayat (2) huruf e

<sup>9</sup> *Ibid*, pasal 8 ayat (1) dan ayat (2)

penyelenggaraan bidang kesehatan juga melibatkan peran legislatif. Sesuai prinsip negara hukum dimana kekuasaan selalu harus dibatasi dengan cara memisahkan kekuasaan ke dalam cabang-cabang yang bersifat '*checks and balances*' dalam kedudukan yang sederajat dan saling mengimbangi dan mengendalikan satu sama lain. Adanya peran legislatif diharapkan dapat membenarkan terselenggaranya prinsip *Good Governance*.

Di sisi lain, prinsip akuntabilitas berarti pengaturan setiap penyelenggaraan negara dituntut lebih detil hingga menyebutkan angka sehingga di dalam penerapannya sudah dapat menjamin tercapainya tujuan negara. Seperti contohnya pada pasal 31 ayat (4) UUD 1945 yang menyebutkan secara jelas bahwa Negara harus menyediakan anggaran pendidikan sebesar 20% (dua puluh persen) dari APBN dan APBD sehingga dapat memenuhi kebutuhan penyelenggaraan pendidikan nasional.

Demikian halnya dengan kebutuhan pelayanan kesehatan perlu ditetapkan seperti anggaran pendidikan karena keduanya termasuk dalam hak-hak dasar warga negara yang harus dipenuhi oleh Pemerintah. Hingga saat ini, besarnya anggaran yang harus disediakan oleh Pemerintah untuk menangani bidang kesehatan belum diatur secara detil. Padahal kebutuhan akan pendidikan sama pentingnya dengan kebutuhan akan kesehatan. Dimana, kualitas sumber daya manusia (SDM) antara lain ditentukan dua faktor yang satu sama lain saling berhubungan, berkaitan dan saling bergantung yakni pendidikan dan kesehatan. Kesehatan merupakan prasyarat utama agar upaya pendidikan berhasil, sebaliknya

pendidikan yang diperoleh akan sangat mendukung tercapainya peningkatan status kesehatan seseorang.<sup>10</sup>

Untuk mencapai pembangunan kesehatan di Indonesia, maka pengaturan tentang jenis pelayanan kesehatan yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi disebutkan dalam Surat Edaran Menteri Kesehatan No.1107 Tahun 2000. Jenis Pelayanan disini adalah kegiatan-kegiatan yang menjadi kewenangan Daerah ; Kewenangan minimal yang harus dipenuhi oleh Pemerintah Provinsi dibagi menjadi urusan administrasi dan urusan teknis. Pada urusan teknis pelayanan kesehatan meliputi:

1. Tenaga Kesehatan yang berdaya guna
2. Adanya sistem pembiayaan kesehatan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dan atau sistem lain.
3. Upaya/ sarana kesehatan di tingkat Kabupaten/ Kota
4. Upaya dan promosi kesehatan masyarakat.
5. Pencegahan dan pemberantasan penyakit di lingkup Kabupaten/ Kota
6. Penanggulangan wabah/ kejadian luar biasa skala Kabupaten/ Kota
7. Upaya kesehatan lingkungan dan pemantauan dampak pembangunan terhadap kesehatan lingkungan Kabupaten/ Kota.
8. Pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar esensial
9. Pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan obat, NAPZA dan B3
10. Adanya Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten/ Kota

<sup>10</sup> Supari, Siti Fadilah , Kualitas Sumber Daya Manusia Ditentukan Pendidikan dan  
Kesehatan



Kesepuluh jenis pelayanan kesehatan diatas wajib dipenuhi oleh pemerintah pada skala Kabupaten dan Kota sehingga mencakup lingkup provinsi. Tujuannya adalah agar pembangunan kesehatan dapat berhasil dan berdaya guna serta bermanfaat bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Di Jawa Timur, pada hakekatnya pelayanan kesehatan belum dapat dijangkau secara menyeluruh, merata, bermutu dan terjangkau secara berkesinambungan, karena pelayanan kesehatan yang diberikan belum memenuhi harapan dan tuntutan masyarakat. Hal ini dikarenakan penyebaran tenaga kesehatan yang belum merata, serta peralatan kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan lainnya masih belum mencukup. Dilain pihak upaya kesehatan yang kompleks belum sepenuhnya mempertimbangkan pola lingkungan, pembiayaan dan manajemen yang berpengaruh pada pembangunan kesehatan.<sup>11</sup>

Oleh karena itu dalam menyelenggarakan urusan wajib sebagaimana disebutkan dalam diatas, Pemerintah Provinsi harus dapat menetapkan standar pelayanan minimal oleh Pemerintah Pusat dan secara bertahap mulai melaksanakan standar pelayanan tersebut. Hal ini dapat dilihat dari lahirnya Peraturan Daerah Jawa Timur No.11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik adalah:

1. Adanya pertimbangan bahwa penyelenggaraan utama pelayanan publik untuk melayani kebutuhan publik harus semakin lebih baik sesuai dengan

<sup>11</sup> Keputusan Gubernur Jawa Timur No. 188/23/KPTS/013/2007 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2007, Upaya Kesehatan

prinsip-prinsip tata kelola pemerintahan yang baik (*Good Governance*) dan demokratis,

2. Adanya kemauan dari Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagai penyelenggara pelayanan publik yang harus melakukan kegiatan pelayanan secara berkesinambungan, seiring dengan kemauan untuk memenuhi perkembangan harapan publik yang menuntut peningkatan kualitas pelayanan publik
3. Perlu ditetapkan standar dan kriteria dari penyelenggara pelayanan publik maupun masyarakat sebagai penerima pelayanan publik serta pihak-pihak lain yang berkepentingan untuk memberikan perlindungan atas hak-hak publik mendapatkan pelayanan publik

Perda Pelayanan Publik Jawa Timur ini, memberikan definisi arti Pelayanan Publik berikut siapa yang dimaksud Penyelenggara dan Penerima Pelayanan Publik, Standar Pelayanan serta adanya Indeks Kepuasan Masyarakat. Disebutkan dalam Pasal 1 Perda No.11 Tahun 2005:

**Pasal 1 angka 6**

Pelayanan Publik adalah segala kegiatan dalam rangka pemenuhan dasar sesuai dengan hak-hak dasar setiap warga negara dan penduduk atas suatu barang, jasa dan atau pelayanan administrasi yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan yang terkait dengan kepentingan publik

**Pasal 1 angka 7**

Penyelenggara Pelayanan Publik adalah lembaga dan petugas pelayanan publik baik Pemerintah Daerah maupun Badan Usaha Milik Daerah yang menyelenggarakan pelayanan publik.

**Pasal 1 angka 8**

Penerima Layanan Publik adalah orang perseorangan dan atau kelompok orang dan atau badan hukum yang memiliki hak dan kewajiban terhadap suatu pelayanan publik.

**Pasal 1 angka 9**

Standar Pelayanan adalah ketentuan yang berisi norma, pedoman dan kesepakatan mengenai kualitas pelayanan, sarana dan prasarana yang dirumuskan secara bersama-sama antara penyelenggara pelayanan publik, penerima layanan dan pihak berkepentingan

**Pasal 1 angka 10**

Indeks Kepuasan Masyarakat adalah ukuran kepuasan masyarakat sebagai penerima layanan yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Pelayanan Publik dalam Pasal 1 angka 6, yang dimaksud bidang-bidang pelayanan yang terkait dengan kepentingan publik dapat dikaitkan dengan Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007. Oleh karena itu Penanganan Bidang Kesehatan dapat dimasukkan ke dalam definisi Pelayanan Publik. Ruang lingkup pelayanan publik meliputi semua bentuk pelayanan yang berkaitan dengan kepentingan publik yang diselenggarakan oleh penyelenggara pelayanan publik di Propinsi Jawa Timur.<sup>12</sup> Hal ini semakin memperjelas bahwa pelayanan kesehatan termasuk dalam pelayanan publik yang dinaungi oleh Perda Pelayanan Publik Jawa Timur tersebut.

Untuk standar pelayanan di dalam Perda Pelayanan Publik disinkronkan dengan standar pelayanan minimal yang diberikan oleh Menteri Kesehatan berupa ketentuan dari segi kuantitas maupun kualitas yang harus dipenuhi untuk melakukan pelayanan sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan berdasarkan perhitungan tertentu.

<sup>12</sup> Pasal 4, Ibid

Di dalam Perda Pelayanan Publik juga telah disebutkan beberapa Azas penyelenggara pelayanan publik meliputi:

1. Asas Kepastian Hukum
2. Asas Keterbukaan
3. Asas Partisipatif
4. Asas Akuntabilitas
5. Asas Kepentingan Umum
6. Asas Profesionalisme
7. Asas Kesamaan Hak
8. Asas Keseimbangan hak dan kewajiban
9. Asas Efisiensi
10. Asas Efektifitas
11. Asas Imparsial<sup>13</sup>

Dari kesebelas asas tersebut, terdapat beberapa tambahan serta perbedaan dari asas yang disebutkan dalam UU Pemda, yakni adanya asas Partisipatif, asas Kesamaan Hak, dan asas Imparsial. Tentunya ketiga asas ini bukannya lahir begitu saja, namun telah mengikuti adanya pengaturan Tata Cara Pelaksanaan Peran Serta Masyarakat dalam Penyelenggaraan Negara dalam Peraturan Pemerintah Nomor 68 Tahun 1999. Hal ini tentunya berdasar pada tujuan Pemerintah Provinsi Jawa Timur untuk mewujudkan partisipasi dan ketaatan masyarakat Jawa Timur dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik sesuai mekanisme yang berlaku, sehingga hak-hak masyarakat Jawa Timur dalam memperoleh pelayanan publik di berbagai bidang dapat diperoleh secara

<sup>13</sup> Pasal 2, Perda Pelayanan Publik Jawa Timur No.11 Tahun 2005

maksimal.<sup>14</sup> Tentunya hal tersebut akan mempengaruhi kondisi pihak-pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik di Jawa Timur untuk berusaha mewujudkan kepastian hak, tanggung jawab dan kewenangan masing-masing.

Selain standar pelayanan minimal, terdapat kewajiban pemberi layanan publik untuk memberikan hak Penerima Layanan Publik sesuai dengan Asas-asas Pemerintahan Umum yang Baik, jika dikaitkan dengan pelayanan kesehatan dapat dikaitkan dengan tujuan Pelayanan Publik menurut Perda bahwa:<sup>15</sup>

1. Asas Kepastian Hukum berarti mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan asas-asas dan tujuan pelayanan publik serta sesuai standar pelayanan kesehatan yang telah ditentukan
2. Asas Keterbukaan berkaitan dengan kemudahan untuk memperoleh sistem, mekanisme dan prosedur dalam pelayanan kesehatan selengkap-lengkapinya. Adanya jaminan untuk meningkatkan kualitas layanan dengan kewajiban dalam membentuk unit pelayanan informasi publik dan unit pengaduan bagi masyarakat.<sup>16</sup> Di RSUD Dr. Soetomo misalnya, telah terdapat layanan aduan, informasi dan *call centre* bagi masyarakat penerima layanan kesehatan.
3. Asas Partisipatif berarti pemerintah dalam mewujudkan partisipasi dengan memberi ruang kepada masyarakat untuk memberi untuk perbaikan demi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
4. Asas Kesamaan Hak yakni mendapatkan pelayanan yang tidak diskriminatif, santun, bersahabat dan ramah. Pemberi layanan kesehatan memiliki kewajiban

<sup>14</sup> Pasal 3, *Ibid*

<sup>15</sup> Pasal 5, *Ibid*

<sup>16</sup> Pasal 10, *Ibid*



untuk memberikan pelayanan terbaiknya kepada masyarakat dari semua kalangan, baik masyarakat yang termasuk dalam asuransi keluarga miskin, hingga keluarga berada.

5. Asas Keseimbangan hak dan kewajiban diwujudkan ketika penerima layanan memperoleh kompensasi apabila tidak mendapatkan pelayanan sesuai standar pelayanan publik yang telah ditetapkan. Selain itu dalam pasal 5 disebutkan bahwa masyarakat memiliki hak untuk menyampaikan pengaduan kepada penyelenggara pelayanan publik dan atau Komisi Pelayanan Publik untuk mendapatkan penyelesaian, atas pengaduan yang telah sesuai dengan mekanisme yang berlaku masyarakat berhak mendapatkan penyelesaian, dalam upaya penyelesaian sengketa pelayanan publik tersebut, masyarakat berhak atas pembelaan dan perlindungan.<sup>17</sup> Berkaitan dengan adanya keseimbangan hak dan kewajiban tersebut, maka pengaturan kewajiban penerima layanan publik juga harus dipenuhi, yakni:

**Pasal 6**

Penerima layanan publik mempunyai kewajiban untuk:

- a. Mentaati mekanisme, prosedur dan persyaratan dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
- b. Memelihara dan menjaga berbagai sarana dan prasarana pelayanan publik
- c. Mengawasi penyelenggaraan pelayanan publik dan penyelesaian sengketa pelayanan publik.

Dalam penyelenggaraan pelayanan publik perlu diketahui bahwa dalam merumuskan standar pelayanan dan pengawasan terhadap kinerja pelayanan publik, penyelenggara pelayanan publik mengundang penerima layanan dan

<sup>17</sup> Pasal 5 huruf f, g dan h, *Ibid*

pihak-pihak yang berkepentingan.<sup>18</sup> Namun, hingga saat ini kegiatan perumusan standar pelayanan dan pengawasan yang dimaksud belum pernah dilakukan. Selama ini, penentuan standar pelayanan kesehatan di Jawa Timur mengikuti pedoman standar yang diberikan oleh Menteri Kesehatan. Hal ini mengakibatkan kurangnya inovasi pada penyelenggara pelayanan kesehatan di Jawa Timur khususnya pada Rumah Sakit-rumah sakit milik Pemerintah Daerah. Padahal pada Puskesmas tingkat kecamatan di beberapa Daerah di Jawa Timur, misalnya di Blitar, telah menerapkan inovasi misalnya dengan rawat jalan gratis di Puskesmas, rawat inap murah di Puskesmas, Puskesmas Spesialis, Puskesmas dengan *medical record* bersidik jari dan puskesmas dengan kontrak pelayanan (*citizen's charter*)

6. Asas Profesionalisme yakni dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, maka unit pelayanan harus dapat menjalankan fungsi untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi serta mengembangkan standar pelayanan kesehatan sesuai kompetensi.
7. Asas Efisiensi dan Efektifitas yakni penyelenggaraan pelayanan publik dapat mengadakan kerjasama dengan penyelenggara pelayanan publik lain ataupun dengan pihak ketiga, misalnya inovasi pada pelayanan kesehatan dengan pihak luar negeri dengan alih teknologi kesehatan dan peralatan yang canggih, inovasi asuransi kesehatan pada pihak ketiga sehingga dapat meminimalkan jumlah pasien di RSUD dan waktu yang digunakan dalam/ memperoleh pelayanan. Hal ini tentunya menguntungkan kedua belah pihak, baik di sisi penerima maupun pemberi layanan kesehatan.

<sup>18</sup> Pasal 8 huruf a, *Ibid*

8. Asas Akuntabilitas terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) berarti sistem pengawasan atas pembiayaan ini juga harus dilakukan oleh lembaga legislatif yang memiliki kewajiban terhadap pengawasan APBD. Selama ini, pengawasan dan penilaian kinerja atau yang dikenal dengan *monitoring and evaluation (monev)* terhadap penyelenggara pelayanan kesehatan secara periodik telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, namun hasil pengawasan tersebut tidak dipublikasikan secara luas. Hasil *monev* tersebut hanya diketahui oleh pihak-pihak tertentu yang ingin mengetahui, misalnya pemberi layanan kesehatan (manajemen RSUD), peneliti, akademisi dan pejabat Dinas Kesehatan Jawa Timur.

Tentunya pada pengaturan urusan pemerintah pada ketentuan-ketentuan di atas ini dapat dijadikan suatu perwujudan dari diterapkannya prinsip Good Governance, meliputi: Azas Kepastian Hukum, Azas Tertib Penyelenggaraan Negara, Azas Kepentingan Umum, Azas Proporsionalitas, Azas Profesionalitas, Azas Akuntabilitas, dan Azas Efektifitas sesuai dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah yang diturunkan melalui Peraturan Daerah Jawa Timur oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagai Penyelenggara wajib penanganan dan pelayanan bidang kesehatan.

### **III.1.1 Penetapan Standar Pelayanan Minimal Di Jawa Timur Sebagai Upaya Pemenuhan Hak dan Kebutuhan Masyarakat Atas Kesehatan**

Berlakunya sistem penyerahan wewenang kepada Pemerintah Provinsi berarti menetapkan kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di tingkat daerah. Dengan demikian pemerintah berhak untuk menentukan jenis dan tingkat pelayanan yang harus diselenggarakan. Namun, dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia, Pemerintah berkewajiban menjamin agar pelayanan kesehatan yang sangat mendasar untuk menentukan jenis dan tingkat pelayanan yang harus diselenggarakan. Namun, dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia, Pemerintah berkewajiban menjamin agar pelayanan kesehatan yang sangat mendasar dapat dijangkau masyarakat secara merata. Dalam PP No.38 Tahun 2007 jo PP No.25 Tahun 2000 dinyatakan bahwa pelaksanaan kewenangan wajib oleh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota merupakan pelayanan minimal. Pelayanan minimal yang harus dilaksanakan ini harus sesuai dengan standar yang ditentukan Provinsi berdasarkan pedoman yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Penetapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah cara untuk menjamin dan mendukung pelaksanaan kewenangan wajib oleh Provinsi, dan sekaligus merupakan penerapan azas Akuntabilitas. Pelayanan Minimal dalam bidang Kesehatan yang akan ditetapkan standarnya oleh Provinsi adalah mencakup kegiatan-kegiatan dalam kewenangan minimal Kabupaten/ Kota. Hal ini didasarkan oleh Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 65 Tahun 2005 tentang

Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.

Disebutkan dalam:

## **Pasal 2**

1. Pedoman Penyusunan dan Penerapan SPM menjadi acuan dalam penyusunan SPM oleh Menteri/Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen dan dalam penerapannya oleh Pemerintahan Provinsi dan Pemerintahan Kabupaten/Kota.
2. SPM disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Kewenangan minimal yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah daerah Kabupaten dan Kota disebutkan dalam Surat Edaran Menteri Kesehatan No.1107 Tahun 2000 sehingga Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesos no.1747/MENKES-KESOS/ XII/2000 menjadi pedoman, standar, serta indikator bagi setiap jenis pelayanan kesehatan bagi pelaksanaan kewenangan tersebut. Standar dapat didefinisikan sebagai spesifikasi teknis atau sesuatu yang dilakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan.<sup>19</sup> Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat dengan SPM adalah tolok ukur kinerja pelayanan yang diselenggarakan Daerah. SPM dapat digunakan sebagai instrumen pembinaan dan pengawasan yang dilaksanakan oleh Gubernur sebagai Kepala Daerah Tingkat Provinsi.<sup>20</sup> Provinsi selanjutnya menetapkan SPM berupa spesifikasi teknis dan besaran angka untuk indikator-indikator (tolok ukur pelayanan yang diterima oleh masyarakat) yakni dengan memperhatikan hal-hal berikut:<sup>21</sup>

<sup>19</sup>Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesos no.1747/ MENKES-KESOS/ XII/2000, Bab I

<sup>20</sup> *Ibid*

<sup>21</sup> *Ibid*, Bab II



1. Komitmen nasional, regional dan global.
2. Hasil-hasil yang telah dicapai selama ini.
3. Situasi dan kondisi Daerah.

Sesuai prinsip negara hukum yakni bahwa hukum dijadikan sarana untuk mencapai tujuan yang diidealkan bersama. Ketika hal diatas merupakan hal-hal yang didasarkan pada tujuan nasional yakni dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal dari masyarakat, tetap mempertimbangkan masalah dan hambatan yang dialami daerah bersangkutan, sehingga menjadi tugas Pemerintah Daerah untuk mencari solusi agar SPM tercapai meski memiliki keterbatasan.

### **III.1.2 Azas dan Tujuan Standar Pelayanan Minimal Pada Sarana Kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah**

Puskesmas sebagai penanggung jawab dan pelaksana upaya kesehatan memiliki beban yang berat dalam menjalankan fungsinya karena wilayah kerjanya berada terdepan dan terdekat dengan masyarakat.<sup>22</sup> Namun, jika dilihat dari kuantitasnya, pada tahun 2006 jumlah Puskesmas sekitar tahun 927 masih belum mencukupi dibanding dengan jumlah penduduk sesuai konsep wilayah yakni 1 (satu) Puskesmas untuk 30.000 penduduk, sehingga masih diperlukan 200 Puskesmas lagi untuk Jawa Timur.<sup>23</sup> Saat ini Dinas Kesehatan tingkat Daerah (Kabupaten/Kota) mulai banyak mengembangkan puskesmas rawat inap sebagai sarana rujukan dan puskesmas spesifik sesuai spesifikasi yang ada di wilayah kerja seperti puskesmas nelayan, puskesmas jalan raya dan lain-lain.

<sup>22</sup>Ibid

<sup>23</sup>Ibid

Penyelenggaraan upaya kesehatan di Daerah diawasi dan dipertanggungjawabkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Pedoman dan produk hukum tentang penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat yang telah disusun dan dipergunakan secara teknis dalam acuan pelaksanaannya antara lain Keputusan Gubernur Jawa Timur No.27 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan pada pasal-pasal berikut ini:

**Pasal 3**

Tujuan ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan adalah :

- a. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan ;
- c. Menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan.

**Pasal 4**

Fungsi SPM Bidang Kesehatan adalah :

- a. Sebagai alat untuk menjamin aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat dalam kondisi rata – rata minimal yang harus dicapai Pemerintah Daerah sebagai penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. Sebagai alat monitoring dan evaluasi serta tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan Daerah berkaitan dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- c. Sebagai dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbasis anggaran kinerja ;
- d. Sebagai acuan prioritas Perencanaan Daerah dan prioritas pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah;

Dilihat dari tujuan dan fungsi SPM Kesehatan, memiliki landasan azas-azas berkaitan dengan Asas Akuntabilitas yakni SPM yang ditetapkan menjadi alat monitoring dan evaluasi serta tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan Daerah. Akuntabilitas menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan penyelenggara negara harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

yang berlaku, maka dengan adanya SPM ini dimaksudkan agar kegiatan dan hasil akhir dapat dinilai secara jelas sesuai dengan tolok ukur minimal. Prinsip-prinsip standar pelayanan minimal dinyatakan dalam Pasal 3 Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 yakni:

**Pasal 3**

1. SPM disusun sebagai alat Pemerintah dan Pemerintahan Daerah untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib.
2. SPM ditetapkan oleh Pemerintah dan diberlakukan untuk seluruh Pemerintahan Daerah Propinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.
3. Penerapan SPM oleh Pemerintahan Daerah merupakan bagian dari penyelenggaraan pelayanan dasar nasional.
4. SPM bersifat sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas waktu pencapaian.
5. SPM disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas dan kemampuan keuangan nasional dan daerah serta kemampuan kelembagaan dan personal daerah dalam bidang yang bersangkutan.

Selain itu, pemerintah Daerah harus menentukan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan sesuai anggaran kinerja serta pembiayaan APBD melalui adanya SPM. Adanya SP, Pemerintah Kabupaten / Kota wajib memenuhi kinerja tahunan pembangunan kesehatan yang secara detilnya akan disertakan pada Lampiran. Pengaturan ini memiliki jaminan bagi masyarakat (*garantie des libertes publiques*) seperti yang diterakan azas-azas umum pemerintahan yang baik di Perancis. Salah satu kota di Jawa Timur yang memiliki prestasi di bidang pelayanan kesehatan karena inovasinya adalah Kota Blitar.

Di Kota Blitar, terdapat Citizen Charter (CC) yakni semacam kontrak pelayanan terhadap publik CC, dilakukan di Puskesmas Kepanjen Kidul (Puskesmas Bendo). Forum CC di Puskesmas Bendo mampu menghasilkan beberapa kesepakatan yang mengikat penyedia (dokter, perawat, bidan) dan

pengguna layanan kesehatan (masyarakat umum). Kontrak layanan tersebut berisi waktu pelayanan (jam layanan, jadwal layanan, dan lama layanan di tiap loket), standar ruang layanan, sikap layanan, prosedur layanan (hak, kewajiban, dan sanksi penyedia atau pun pengguna layanan kesehatan), tarif layanan (disesuaikan dengan perda tarif - kecuali pasien yang menggunakan kartu ASKES, JPS), alur pelayanan, serta mekanisme penyampaian saran dan kritik. Sebagai buktinya, layanan kesehatan menunjukkan peningkatan setelah adanya CC. Setiap tahun jumlah warga yang berobat meningkat. Bahkan, pasien datang dari luar kecamatan atau daerah. Dengan layanan yang baik dan ditularkan dari mulut ke mulut, puskesmas itu pun menjadi rujukan pelayanan. Pada 2003, jumlah rata-rata kunjungan 60-70 orang. Sementara 2005, jumlah rata-rata kunjungan mencapai 115 orang. Tak hanya menjadi rujukan pasien, di puskesmas itu terjadi penambahan fasilitas.<sup>24</sup>

Pada evaluasi terhadap pelaksanaan SPM, ketentuannya adalah sebagai berikut:<sup>25</sup>

**Pasal 14**

Bupati / Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan di Daerah masing-masing.

**Pasal 15**

Bupati / Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan, kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur.

**Pasal 16**

Gubernur melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan.

<sup>24</sup> Novitasari, Hariatni dan Munawar, Hadi Artikel "Menengok Pelaksanaan Citizen's Charter di Kota Blitar dan Jogja" Kompas. 7 Agustus 2006. Didownload: 15 Okt 2006

<sup>25</sup> Keputusan Gubernur Jawa Timur No.27 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/ Kota di Jawa Timur

Dapat dijelaskan bahwa pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM dilakukan oleh Bupati, Walikota. Selanjutnya, Bupati/Walikota tersebut menyampaikan laporan kinerja kepada Gubernur yang kemudian diteruskan kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan. Gubernur juga memiliki kewenangan melakukan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM yang telah ditetapkan. Penetapan program dan kurun waktu pencapaian SPM, tidak dilakukan dengan otoritas Gubernur tetapi ditentukan secara bersama-sama dengan Walikota/ Bupati.<sup>26</sup> Gubernur tidak menetapkan standar dan waktu penerapannya secara sepihak karenanya mengandung bertindak sewenang-wenang (*het verbod van willekeur*) dan tindakan tersebut unsur-unsur daerah tidak dipertimbangkan. Perbuatan sewenang-wenang akan menjadi dampak lain dari penyelenggaraan pemerintahan seperti, tidak terselenggaranya pembangunan kesehatan dengan baik dan tidak terlaksananya pengaturan dan pelayanan kesehatan masyarakat sesuai tujuan yang ingin dicapai.

### **III.1.2 Rekam Medis (Medical Record)**

Terkait dengan standar pelayanan rumah sakit salah satunya adalah rekam medis. Rumah sakit harus menyelenggarakan rekam medis yang merupakan bukti tentang proses pelayanan medis kepada pasien. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan,

<sup>26</sup> *Ibid*, Pasal 6



tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.<sup>27</sup>

Pengaturan tentang rekam medis ini terkait dengan:

1. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.031/ Birhup/1972 tentang Rumah sakit-rumah sakit Pemerintah Bab II Pasal 13 yang berbunyi:

**Pasal 13**

Semua rumah sakit sesuai dengan status regional I (wilayah) dan tingkat kelasnya diharuskan mengerjakan *medical recording and reporting* dan *hospital statistics* yang diatur oleh surat keputusan menteri kesehatan sendiri.

2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.034/ Birhup/ 1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit Bab I Pasal 3 yakni:

**Pasal 3**

Guna menunjang terselenggaranya rencana induk (*Master Plan*) yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan:

- a. mempunyai dan merawat statistik yang *up to date*
- b. membina *medical record* yang berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.

Rekam medis ini wajib dibuat oleh setiap sarana pelayanan kesehatan.

Dengan meningkatnya kerumitan sistem pelayanan kesehatan dewasa ini, rekam medis atau rekam kesehatan menjadi makin penting. Rekam medis besar pengaruhnya terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien, juga menyumbangkan hal yang penting digunakan di bidang hukum kesehatan.

Rekam medis dapat dipergunakan sebagai bahan pendidikan, penelitian dan akreditasi. Adapun yang harus dicantumkan dalam rekam medis ialah:<sup>28</sup>

1. Identitas penderita dan formulir penelitian atau perizinan
2. Riwayat penyakit

<sup>27</sup> Permenkes RI No. 749/MENKES/XII/1989 tentang Rekam Medis, Pasal 1 butir a

<sup>28</sup> Koeswadji, Hermin Kediati, *opcit*

3. Laporan pemeriksaan fisik
4. Instruksi diagnostik dan terapeutik dengan tanda tangan dokter yang berwenang
5. Catatan pengamatan atau observasi
6. Laporan tindakan dan penemuan
7. Ringkasan riwayat waktu pulang
8. Kejadian-kejadian yang menyimpang

Rekam medis diorganisasi dan dikelola oleh rumah sakit untuk mendukung pelayanan medis yang efektif. Untuk itu diperlukan adanya komite rekam medis atau unit kerja yang ditunjuk dan yang bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit.<sup>29</sup> Rekam medis mengandung 2 (dua) macam informasi yaitu: informasi yang mengandung nilai kerahasiaan, dan informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan merupakan catatan mengenai hasil pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, pengamatan dan seterusnya mengenai penderita yang bersangkutan. Mengenai hal ini ada kewajiban simpan rahasia kedokteran, sehingga tidak boleh disebarluaskan tanpa izin penderita tersebut.

Sedangkan informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan yaitu mengenai identitas penderita serta informasi nonmedis lainnya. Berkas rekam medis asli tetap harus disimpan di rumah sakit dan tidak boleh diserahkan kepada

<sup>29</sup>*Ibid*

pengacara atau siapapun yang berhak atas berkas rekam medis adalah rumah sakit.

Adapun manfaat rekam medis adalah dapat dipakai sebagai berikut:<sup>30</sup>

1. Dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
2. Bahan pembuktian dalam perkara hukum
3. Bahan untuk keperluan penelitian pendidikan
4. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
5. Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan pasien

Salah satu aspek hukum tentang rekam medis adalah kerahasiaan rekam Medis. Hal-hal yang bersangkutan dengan rekam medis diatur dalam Pasal 11 dan Pasal 12 Permenkes RI No. 749/MENKES/XII/1989 tentang Rekam Medis:

**Pasal 11**

Rekam medis merupakan berkas yang wajib dijaga kerahasiannya

**Pasal 12**

- (1) Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien
- (2) Pimpinan saran kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sifat kerahasiaan rekam medis ini sangat perlu untuk diperhatikan, karena ada sangkut pautnya dengan hak penderita. Apabila isi rekam medis dipaparkan tanpa izin penderita, maka penderita yang merasa dirugikan karena pemaparan isi rekam medis itu dapat menuntut berdasarkan Pasal 322 KUHP, atau menggugat yang bersalah berdasarkan Pasal 1365 KUH Perdata.

**Pasal 322 KUHP:**

- (1) Barangsiapa membuka suatu rahasia yang wajib disimpan karena jabatan atau pekerjaannya baik yang sekarang maupun yang dahuku, dipidana dengan

<sup>30</sup> *Ibid*

pidana penjara paling lama sembilan bulan atau denda paling banyak sembilan ribu rupiah.

(2) Jika kejahatan itu dilakukan terhadap seorang yang tertentu, maka perbuatan itu hanya dapat dituntut atas pengaduan orang tersebut.

### **Pasal 1365 KUH Perdata**

Tiap perbuatan melanggar hukum, yang mengakibatkan kerugian bagi orang lain, mewajibkan orang yang karena kesalahannya menyebabkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut.

Berkaitan dengan rekam medis dan pelaksanaan prinsip Good Governance, maka sesaat terlihat seperti adanya konflik norma. Hal ini dikarenakan pada penyelenggaraan bidang kesehatan yang mana termasuk dalam kewenangan pemerintah harus berlandaskan azas Keterbukaan (Transparansi). Jika diterapkan pada hal ini, menurut definisi yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya Transparansi memiliki pengertian adanya kontrol yang terbuka terhadap setiap proses pembuatan dan penegakan hukum, sehingga kelemahan dan kekurangan yang terdapat dalam mekanisme kelembagaan resmi dapat dilengkapi secara komplementer oleh peranserta masyarakat secara langsung (partisipasi langsung) dalam rangka menjamin keadilan dan kebenaran. Adanya partisipasi langsung ini penting untuk mengawasi jalannya penyelenggaraan urusan pemerintahan. Juga dalam pengertian prinsip keterbukaan berarti penyelenggara pelayanan kesehatan harus dapat membuka diri terhadap hak masyarakat untuk memperoleh informasi yang benar, jujur, dan tidak diskriminatif tentang penyelenggaraan negara dengan tetap memperhatikan perlindungan atas hak asasi pribadi, golongan dan rahasia negara.

Jika, keduanya dianalisis lebih lanjut maka pengertian 'transparansi' dan azas keterbukaan, maka keberadaan rekam medis dan dua macam informasi yang

terdapat di dalamnya telah memenuhi unsur keterbukaan. Karena hak masyarakat (pasien) yang ingin memperoleh informasi secara benar, jujur, dan tidak diskriminatif tentang pelayanan kesehatan masih tetap dapat dilakukan sepanjang memperhatikan perlindungan atas hak asasi pribadi.

### **III.1.3. Penerapan SPM melalui Pendekatan Konseptual Pelayanan Kesehatan Terhadap Konsep Pelayanan Prima**

Kualitas sumber daya manusia (SDM) antara lain ditentukan dua faktor yang satu sama lain saling berhubungan, berkaitan dan saling bergantung yakni pendidikan dan kesehatan. Kesehatan merupakan prasyarat utama agar upaya pendidikan berhasil, sebaliknya pendidikan yang diperoleh akan sangat mendukung tercapainya peningkatan status kesehatan seseorang.<sup>31</sup>

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa belum ada pemerintah daerah (pemda) yang mampu menerapkan Standar Pelayanan Minimum (SPM). Padahal SPM merupakan acuan bagi pemda untuk menyusun dan merencanakan anggaran penyelenggaraan pemerintah di daerah.<sup>32</sup> Idealnya pemda baik kabupaten maupun provinsi harus mampu memenuhi SPM, untuk itu dibutuhkan SPM yang sama untuk tiap-tiap daerah di Indonesia. SPM yang telah ditetapkan pemerintah itu harus menjadi acuan bagi pemda untuk menyusun dan merencanakan anggaran penyelenggaraan pemerintah di daerah. SPM digunakan untuk evaluasi dan

<sup>31</sup> Supari, Siti Fadilah, Kualitas Sumber Daya Manusia Ditentukan Pendidikan dan Kesehatan. 21 Desember 2004

<sup>32</sup> Suzetta, Paskah, Meningkatkan Kinerja dan Akuntabilitas Pemerintah Dalam RPJMN 2004-2009 Melalui Percepatan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dan Optimalisasi Pengadaan Barang dan Jasa, [www.bappenas.go.id](http://www.bappenas.go.id) Download: 9 Jan 2008



monitoring pelaksanaan urusan wajib pemerintah, hal ini didasari oleh Peraturan Pemerintah Nomor.65 Tahun 2005 yang menyebutkan bahwa:

**Pasal 15**

1. Pemerintah melaksanakan monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM oleh Pemerintahan Daerah dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat.
2. Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
3. Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan:
  - a. Pemerintah untuk Pemerintahan Daerah Provinsi; dan
  - b. Gubernur sebagai Wakil Pemerintah di Daerah untuk Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.

Secara faktual, penilaian terhadap kinerja dan akuntabilitas pemerintah hingga saat ini mendapat sorotan yang sangat tajam di kalangan masyarakat luas.<sup>33</sup> Hal ini merupakan akibat belum terimplementasinya SPM akan berdampak besar pada peningkatan kinerja.

Salah satu tujuan pelaksanaan kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah adalah meningkatkan pelayanan publik dalam rangka menyediakan pelayanan masyarakat. Namun, masih terdapat beberapa tantangan dalam pelaksanaan SPM yakni prioritas urusan di masing-masing pemerintah daerah. Padahal tujuan SPM ini juga telah jelas disebutkan sebagai wujud penerapan prinsip *Good Governance*, yakni pada penjelasan umum Peraturan Pemerintah Nomor. 65 Tahun 2005 disebutkan bahwa:

Pelaksanaan Peraturan Pemerintah ini maksudkan untuk:

1. Terjaminnya hak masyarakat untuk menerima suatu pelayanan dasar dari Pemerintahan Daerah dengan mutu tertentu.

<sup>33</sup> Daniel, Wahyu, Pemda Belum Mampu Terapkan Standar Pelayanan Minimum, [www.detikfinance.com](http://www.detikfinance.com), 22 November 2007, Download: 10 Desember 2007

2. Menjadi alat untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan untuk menyediakan suatu pelayanan dasar, sehingga SPM dapat menjadi dasar menentukan kebutuhan pembiayaan daerah.
3. Menjadi landasan dalam menentukan perimbangan keuangan dan/atau bantuan lain yang lebih adil dan transparan.
4. Menjadi dasar dalam menentukan anggaran kinerja berbasis manajemen kinerja.
5. Memperjelas tugas pokok Pemerintahan Daerah dan mendorong terwujudnya *checks and balances* yang efektif.
6. Mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.

SPM dapat dijadikan dasar dalam alokasi anggaran daerah dengan tujuan yang lebih terukur. SPM dapat menjadi alat untuk meningkatkan akuntabilitas Pemerintahan Daerah terhadap masyarakat. Sebaliknya, masyarakat dapat mengukur sejauhmana Pemerintahan Daerah dapat memenuhi kewajibannya dalam menyediakan pelayanan publik.

Kendala yang seringkali terjadi adalah SPM dirancang terlampaui detail dan memiliki standar yang sulit dicapai, ketiga SPM yang berstandar tinggi tersebut membutuhkan dana yang cukup besar juga sehingga daerah terkadang tidak mampu memenuhinya. Diberlakukannya Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, maka tanggung jawab kesehatan yang ada di wilayah kabupaten dan kota juga menjadi tanggung jawab propinsi untuk penanganannya, termasuk perhatian terhadap operasional dan pembiayaan pelayanan kesehatan di daerah. Hal-hal yang berkaitan dengan pendanaan SPM ini

diatur dalam Pasal 28 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 yang menyebutkan bahwa:

**Pasal 28**

- (1) Pendanaan yang berkaitan dengan kegiatan penyusunan, penetapan, pelaporan, monitoring dan evaluasi, pembinaan dan pengawasan, pembangunan sistem dan/atau sub sistem informasi manajemen, serta pengembangan kapasitas untuk mendukung penyelenggaraan SPM yang merupakan tugas dan tanggung-jawab pemerintah, dibebankan pada APBN masing-masing Departemen/Lembaga Pemerintah Non Departemen.
- (2) Pendanaan yang berkaitan dengan penerapan, pencapaian kinerja/ pelaporan, monitoring dan evaluasi, pembinaan dan pengawasan, pembangunan sub sistem informasi manajemen, serta pengembangan kapasitas, yang merupakan tugas dan tanggung-jawab pemerintahan daerah dibebankan pada APBD.

Dengan sistem desentralisasi diharapkan pelayanan pemerintah kepada masyarakat menjadi akuntabel transparan dan prima serta mampu mengembangkan dan membangun daerahnya sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Termasuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat.<sup>34</sup>

Hasil Penerapan SPM di masing-masing daerah dapat terdiri dari: Daerah tersebut telah berhasil mencapai SPM atau Daerah belum berhasil mencapai SPM. Pengaturan kedua hal tersebut juga telah diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor.65 Tahun 2005, yakni:

**Pasal 18**

Pemerintah dapat memberikan penghargaan kepada Pemerintahan Daerah yang berhasil mencapai SPM dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan oleh Pemerintah.

<sup>34</sup> Soekarwo, Dengan Otonomi, Berikan Pelayanan Kesehatan Berkualitas, 19 Juli 2006, [www.dinkesjatim.go.id](http://www.dinkesjatim.go.id). Download: 9 Januari 2008

**Pasal 19**

1. Pemerintah dapat memberikan sanksi kepada Pemerintahan Daerah yang tidak berhasil mencapai SPM dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 dengan mempertimbangkan kondisi khusus Daerah yang bersangkutan.
2. Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada peraturan perundangundangan.

Dari kedua pasal tersebut berarti pemerintah dapat memberikan penghargaan dan dapat pula memberikan sanksi kepada Daerah, berkaitan dengan hasil evaluasi dan monitoring. Tentunya hal ini akan memacu Daerah untuk segera mencapai standar dengan usaha yang semaksimal mungkin. Namun, dalam pencapaian tersebut, kendala yang juga terjadi adalah karena kondisi masing-masing Daerah di Indonesia memiliki perbedaan karakteristik sehingga kemudian diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 pada Pasal 7 disebutkan bahwa:

**Pasal 7**

- (1) Batas waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud merupakan kurun waktu yang ditentukan untuk mencapai SPM secara nasional.
- (2) Dalam menentukan batas waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempertimbangkan:
  - a. status jenis pelayanan dasar yang bersangkutan pada saat ditetapkan;
  - b. sasaran dan tingkat pelayanan dasar yang hendak dicapai;
  - c. variasi faktor komunikasi, demografi dan geografi daerah; dan
  - d. kemampuan, potensi, serta prioritas nasional dan daerah.

Oleh karena itu dalam rangka efektivitas dan efisiensinya perlu ada sinkronisasi antar pusat dan daerah. Untuk mendukung hal tersebut telah dibentuk Sistem Kesehatan Provinsi (SKP), yang diharapkan kabupaten/kota mampu menindaklanjuti dengan membentuk sistem kesehatan di wilayah masing-masing, sehingga pembangunan kesehatan di kab/kota sampai dengan propinsi bisa

berjalan sinergi. Dalam menjalankan sistem kesehatan tersebut diperlukan koordinasi dan komunikasi lintas sektoral, karena masalah kesehatan tidak mungkin ditanggulangi oleh Dinas Kesehatan saja.

Propinsi Jawa Timur dalam pembangunan bidang kesehatan mengalami kemajuan sangat berarti, jika dilihat dari meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat yang dapat dilihat melalui pencapaian indikator angka kematian bayi, yang menurun dari angka 42 pada tahun 2003, menjadi angka 30 per 1000 dari kelahiran hidup pada tahun 2004. Penurunan angka kematian bayi, angka kematian ibu, masalah gizi, merupakan tanggung jawab kita Pemerintah pusat maupun Daerah. Disamping itu banyaknya masalah kesehatan yang memerlukan perhatian dan prioritas dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan yang prima. Perhatian tersebut antara lain dengan memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin melalui dana kompensasi BBM melalui asuransi kesehatan.<sup>35</sup>

Namun di sisi lain, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur dalam beberapa kajiannya menganggap bahwa masyarakat Jawa Timur belum puas dengan pelayanan kesehatan sehingga diperlukan peningkatan diri pada pelayanan masyarakat. Hal ini akan terus ditingkatkan sehingga masyarakat yang dilayani merasa puas.<sup>36</sup> Meski Jatim dianggap mampu menekan angka kematian ibu dan menurunkan angka kekurangan gizi, namun tidak boleh hanya terfokus dua pola pelayanan tersebut. Masyarakat yang mulai pandai, menuntut agar pola pelayanan perlu terus mendapat perhatian, misalnya ketepatan tindakan dan waktu

---

<sup>35</sup> *Ibid*

<sup>36</sup> Dinkes Jatim Terus Benahi Pelayanan Kesehatan, Dinas Informasi dan Komunikasi Jawa Timur, 20 April 2005



dapat diukur. Untuk itu Dinkes Propinsi Jatim menggunakan pelayanan Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan yakni batas-batas tertentu pada kinerja yang wajib dilakukan oleh masing-masing kabupaten atau kota. SPM dapat digunakan untuk mengevaluasi jasa pelayanan dan dilakukan pengukuran dari waktu ke waktu. Dilihat dari peraturan perundang-undangan yang terkait dengan SPM, pengaturan ruang lingkup SPM diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal. Dalam Pasal 3 disebutkan:

**Pasal 3**

Ruang lingkup penyusunan dan penetapan SPM oleh Menteri/Lembaga Pemerintah Non-Departemen meliputi:

- a. jenis pelayanan dasar yang berpedoman pada SPM;
- b. indikator dan nilai SPM;
- c. batas waktu pencapaian SPM; dan
- d. pengorganisasian penyelenggaraan SPM.

Penentuan indikator SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf b menggambarkan:

- a. tingkat atau besaran sumberdaya yang digunakan, seperti sarana dan prasarana, dana, dan personil;
- b. tahapan yang digunakan, termasuk upaya pengukurannya, seperti program atau kegiatan yang dilakukan, mencakup waktu, lokasi, pembiayaan, penetapan, pengelolaan dan keluaran, hasil dan dampak;
- c. wujud pencapaian kinerja, meliputi pelayanan yang diberikan, persepsi, dan perubahan perilaku masyarakat;
- d. tingkat kemanfaatan yang dirasakan sebagai nilai tambah, termasuk kualitas hidup, kepuasan konsumen atau masyarakat, dunia usaha, pemerintah dan pemerintahan daerah; dan
- e. keterkaitannya dengan keberadaan sistem informasi, pelaporan dan evaluasi penyelenggaraan pemerintahan daerah yang menjamin pencapaian SPM dapat dipantau dan dievaluasi oleh pemerintah secara berkelanjutan.

Konsep pelayanan prima dijabarkan dalam berbagai kebijakan. Antara lain keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : 63/KEP/M.PAN/7/2003 tanggal 10 Juli 2003 tentang Pedoman Umum

Penyelenggaraan Pelayanan Publik, yang memuat tentang prinsip-prinsip dasar bagi setiap penyelenggara pelayanan publik, yakni:

1. Kesederhanaan
2. Prosedur pelayanan tidak berbelit belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
3. Kejelasan: meliputi persyaratan teknis dan administratif.
4. Adanya kepastian waktu. Artinya, pelaksanaan pelayanan dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.
5. Akurasi, produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat dan sah.
6. Keamanan, proses dan produk pelayanan memberikan rasa aman dan kepastian hukum.

Standar Pelayanan Publik diatas dijadikan sebagai ukuran baku dalam penyelenggaraan pelayanan. Standar tersebut memuat prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan. Juga soal waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan. Selain itu, kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan. Dalam penerapannya, SPM harus menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari Pemerintahan Daerah sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh Pemerintah. Oleh karena itu, baik dalam perencanaan maupun penganggaran, wajib diperhatikan prinsip-prinsip SPM yaitu sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta

mempunyai batas waktu pencapaian. Hal ini sesuai dengan prinsip kepastian hukum dan transparansi bagi masyarakat.

Di Jawa Timur, Institusi Kesehatan terdapat beberapa berupa Rumah Sakit yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi, yakni RSUD Dr. Soetomo-Surabaya, RS Haji Surabaya, RSUD Syaiful Anwar Malang, dan RSUD dr Soedono Madiun. Saat ini 3 dari 4 institusi kesehatan tersebut telah mendapat sertifikat ISO 9000. Untuk RSUD Dr Soetomo Surabaya mendapat sertifikat pada bagian Instalasi Gawat Darurat (IRD). RSUD Dr Soetomo Surabaya sebagai rumah sakit pemerintah memiliki prinsip Pelayanan Prima yakni: pelayanan yang bersifat Aman, Informatif, Efektif, Efisien, Mutu, Manusiawi dan Memuaskan. Oleh karena itu apabila terdapat keluhan atas pelayanan yang diberikan oleh para pemberi layanan kesehatan dapat diadukan ke *customer service* (bagian pengaduan) RSUD Dr. Soetomo. Dalam hal ini manajemen RSUD Dr. Soetomo berusaha untuk menjamin kualitas pelayanan agar dapat pula memuaskan masyarakat sebagai para penerima layanan kesehatan.

Selain pelayanan di tingkat Rumah Sakit, Puskesmas merupakan salah satu tempat yang dikunjungi pertama kali oleh masyarakat. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur ingin menjadikan puskesmas sebagai ‘ujung tombak’ pelayanan kesehatan masyarakat. Pemerintah Provinsi sebagai wakil pemerintah pusat di daerah sesuai dengan kewenangan yang dimiliki, lebih menfokuskan pada upaya fasilitasi dan memberikan dorongan, mengkoordinasikan, memberikan pembinaan, pengawasan dan kerjasama. Dalam rangka peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan, Gubernur Jatim telah

menetapkan kebijakan, yakni dengan menetapkan 9 (sembilan) program prioritas, termasuk 5 (lima) proyek strategis yang salah satu diantaranya adalah Gerdu taskin dan optimalisasi Posyandu.<sup>37</sup>



<sup>37</sup> Program Strategis Rencana Pembangunan Jangka Menengah Provinsi Jawa Timur 2006-2008

**PROGRAM PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR DI BIDANG KESEHATAN**

| <b>No.</b> | <b>Program</b>   | <b>Tujuan</b>   | <b>Sasaran</b>                          | <b>Sumber Pembiayaan</b>                           | <b>Pelaksana Teknis</b>                    |
|------------|--|---|---|--|--|
| 1.         | Gerdutaskin  | meningkatkan pemerataan dan pelayanan kesehatan melalui pengembangan jaminan kesehatan dengan memberikan pelayanan kesehatan secara gratis di Puskesmas dan Rumah Sakit (RS) pemerintah   | khusus untuk penduduk miskin.           | Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Provinsi (APBD) | Dinas Kependudukan dan Din Kes             |
| 2.         | Optimalisasi Posyandu                                  | meningkatkan pemerataan dan pelayanan kesehatan di tingkatan warga terkecil   | Untuk Ibu dan Anak (Balita)             | APBD   | Din.Kes                                    |
| 3.         | Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)                          | upaya promotif dan preventif didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas   | Usia Anak Sekolah (Tingk. SD, SMP, SMU) | APBD   | Din. Kes dengan Din Pendidikan, Dep. Agama |
| 4.         | Desa Siaga, Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) | memberikan pelayanan kesehatan dasar sesuai kompetensinya, sosialisasi warga setempat tentang perilaku hidup bersih dan sehat, melakukan pendampingan keluarga yang memiliki balita agar mengerti tentang arti makanan bergizi, termasuk penanganan musibah bencana alam. | Warga Desa                              | APBD   | Din.Kes                                    |

Sumber: Dinas Informasi dan Komunikasi Provinsi Jawa Timur dengan perubahan sistematika oleh Penulis, 2007



Pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah seperti diatur dalam Undang-Undang 32 Tahun 2004 tentang pemerintahan daerah diharapkan akan membuat penyelenggaraan pelayanan menjadi lebih dekat kepada masyarakat. Hal tersebut sekaligus merupakan peluang bagi pemda untuk melakukan inovasi dalam pelayanan kesehatan. Salah satunya kemajuan Teknologi Informasi (TI) melalui internet yang digunakan oleh Dinas Kesehatan dan Dinas Infokom (Informasi-Komunikasi) Provinsi Jawa Timur yang merupakan solusi dalam pelayanan yang menganut sistem transparansi, dan akuntabilitas. Adanya keterpaduan menggunakan jaringan internet menjadikan ketersediaan data kesehatan, data pencapaian standar pelayanan minimal, dan data-data lain dapat diakses secara cepat sesuai dengan tuntutan masyarakat yang semakin maju.

### **III.2 Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit**

#### **III.2.1 Rumah Sakit Pemerintah Sebagai Sarana Masyarakat Mendapatkan Jaminan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan merupakan usaha yang dilakukan oleh pemerintah bersama masyarakat bersama masyarakat dalam rangka meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan penduduk, yang meliputi pelayanan preventif, promosi, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam arti sempit, upaya itu dilakukan oleh lembaga-lembaga yang memberikan pengobatan kepada seseorang yang sakit, dalam hal ini contohnya rumah sakit. Dalam membahas tentang fungsi Rumah Sakit (RS), terlebih dahulu perlu diketahui apa yang dimaksud dengan

Rumah Sakit. Dasar hukum bagi Rumah Sakit (RS) ditemukan dalam Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yakni merupakan “sarana kesehatan” (Pasal 49 huruf b) yaitu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan (dimana upaya kesehatan dalam Pasal 1 angka 2 Undang-undang kesehatan berarti setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan). Selanjutnya dalam Pasal 56 ayat (1) menyatakan bahwa RS terdiri dari RS Umum dan RS Khusus. Adapun berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.983/Kepmenkes/SK1992 :

Rumah Sakit merupakan sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan dan penelitian.

Sedangkan menurut Black Law Dictionary,1979

*Hospital is an institution for the treatment and care for sick, wounded, infirm, or aged person, generally incorporated and then of the class of corporations called “ELEEMOSYNARY” or “CHARITABLE”, also the buildings used for such purpose.*

Dari segi kepemilikannya, Rumah Sakit dapat dikelompokkan dalam 3 (tiga) kategori:

- (1) Berdasarkan pemiliknya (“by ownership”)
- (2) Berdasarkan lamanya tinggal (“by length of stay”), dan
- (3) Berdasarkan tipe pelayanannya (“by type of service provided”)

Rumah sakit sesuai dengan acuan, adalah suatu lembaga/ intitusi/ organ sebagai unsur Sistem Kesehatan Nasional menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk seluruh lapisan masyarakat.<sup>38</sup> Untuk itu setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan yang optimal. Penyelenggaraan

<sup>38</sup> Penjelasan Pasal 56 ayat (1) UU No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

pelayanan kesehatan di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dapat dilakukan baik oleh pemerintah maupun swasta.

Rumah Sakit merupakan salah satu unsur dari suatu sistem pelayanan kesehatan sehingga memerlukan kerja sama yang terkoordinasi dan integrasi dari tenaga kesehatan yang ada berdasarkan akhlak (*Mores*) dan kesopanan (*Ethos*) yang tinggi. Oleh karena itu, perilaku dokter dan tenaga kesehatan lainnya perlu tetap dijaga dalam mempertahankan etik pada umumnya, baik etik rumah sakit, maupun etik profesi pada khususnya. Dalam pada itu, etik perlu dijaga agar para tenaga kesehatan di rumah sakit mendapat perlindungan hukum dalam menghadapi tuntutan penderita atau keluarganya bahkan masyarakat yang kadang-kadang bersifat kurang wajar dan melampaui batas kemampuan pelayanan kesehatan itu sendiri.

Adapun fungsi Rumah Sakit yang dikenal selama ini antara lain:<sup>39</sup>

- (1) Menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan;
- (2) Tempat pendidikan dan latihan tenaga medis dan paramedis;
- (3) Tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan.

Pengelolaan rumah sakit tidak lagi berdasarkan norma etis dan moral semata, tetapi juga harus berdasarkan suatu peraturan yang lebih pasti dan mempunyai kekuatan mengikat. Hal tersebut menjadi pertimbangan bahwa setiap rumah sakit di Indonesia memiliki suatu Kode Etik Rumah Sakit Indonesia. Sejak

<sup>39</sup> Koeswadji, Hermien Hediati et.al, *Etik dan Hukum di Bidang Kesehatan*, Edisi Kedua, Airlangga University Press, 2006

adanya Keputusan Menteri Kesehatan RI No.924/MENKES/SK/XII/1986 maka Rumah Sakit harus memberlakukan Kode Etik Rumah Sakit Indonesia yang dikenal dengan KODERSI. Kode etik ini dijadikan landasan moral, sebagai pegangan dan pedoman dalam mengamalkan fungsi rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang baik, bermutu, dan profesional kepada masyarakat.

Kemudian sebagaimana diatur dalam KODERSI, kewajiban rumah sakit yaitu:

#### A. Kewajiban Umum

1. RS harus menaati KODERSI
2. RS harus mengawasi dan bertanggung jawab terhadap semua kejadian di Rumah Sakit
3. RS harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu dan tidak mendahulukan urusan biaya.
4. RS memelihara semua catatan/arsip baik medis maupun nonmedis secara baik, dalam arti melindungi kerahasiaan catatan dan rekaman medis
5. RS mengikuti perkembangan dunia perumahsakit

#### B. Kewajiban terhadap Masyarakat

1. RS harus jujur dan terbuka, peka terhadap saran dan kritik masyarakat dan berusaha agar pelayanannya menjangkau keluar rumah sakit.
2. RS harus senantiasa menyesuaikan pelayanan pada harapan dan kkebutuhan masyarakat setempat.

### C. Kewajiban terhadap Pasien

#### 1. RS harus mengindahkan hak-hak asasi pasien.

Hak-hak asasi pasien adalah hak-hak yang sangat fundamental yang dimiliki pasien sebagai seorang makhluk Tuhan, terutama hak dasar pasien, yaitu:

- Hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran dan keperawatan.
- Hak untuk menentukan nasibnya sendiri.
- Hak untuk memperoleh informasi mengenai kesehatan/penyakitnya
- Hak untuk memilih rumah sakit
- Hak untuk memilih dokter
- Hak untuk meminta pendapat dokter lain (*second opinion*)
- Hak atas "*privacy*" dan atas kerahasiaan pribadinya
- Hak untuk menyetujui atau menolak tindakan ataupun pengobatan yang akan dilakukan oleh dokter, dan lain-lain, kecuali yang dianggap bertentangan dengan undang-undang, berdasarkan nilai-nilai yang terkandung dalam Pancasila, seperti tindakan "*euthanasia*", aborsi tanpa indikasi medis dan lain sebagainya yang tidak dapat dibenarkan.



2. RS harus memberikan penjelasan mengenai apa yang diderita pasien, dan tindakan apa saja yang hendak dilakukan.
3. RS harus meminta persetujuan pasien (*informed consent*) sebelum melakukan tindakan medis tertentu.

Untuk lebih memahani kewajiban rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, dapat diklasifikasikan sebagai berikut, yakni:<sup>40</sup>

a. Berdasarkan pada Pemilik dan Penyelenggara

Menurut ketentuan Pasal 3 Permenkes 159b/1988, berdasarkan pemilik dan penyelenggaranya, RS dibedakan menjadi RS pemerintah dan RS swasta. RS pemerintah dimiliki dan diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, Pemerintah Daerah, Angkatan Bersenjata (TNI dan Polri), dan BUMN. RS swasta dimiliki dan diselenggarakan oleh Yayasan yang juga telah disahkan sebagai badan hukum dan badan lain yang bersifat sosial.

b. Berdasarkan pada Jenis Pelayanan

Menurut ketentuan Pasal 4 Permenkes 159b/1988, berdasarkan bentuk pelayanannya RS dibedakan menjadi RS umum dan RS khusus. Rumah sakit umum adalah RS yang memberikan pelayanan kesehatan untuk semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar sampai dengan subspecialistik. Rumah sakit khusus adalah RS yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu. Misalnya, RS Paru-Paru, RS Jantung, dan sebagainya.

c. Berdasarkan pada Klasifikasi

<sup>40</sup> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.159b/Menkes/1988 tentang Rumah Sakit

Berdasarkan pada kemampuan pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan yang dapat tersedia, RS umum pemerintah dan daerah diklasifikasikan<sup>41</sup> sebagai berikut:

- 1) RSU Kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan subspecialistik luas.
- 2) RSU Kelas B mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan subspecialitik terbatas.
- 3) RSU Kelas C mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dasar.
- 4) RSU Kelas D mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

Sebagai salah satu sarana kesehatan Rumah Sakit berdasarkan ketentuan Pasal 5 Kepmenkes 983/1992 mempunyai fungsi:

- 1) Menyelenggarakan pelayanan medis;
- 2) Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non-medis;
- 3) Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- 4) Menyelenggarakan pelayanan rujukan;
- 5) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan;
- 6) Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

Sedangkan Tugas Rumah Sakit berdasarkan ketentuan Pasal 8 Permenkes 159b/1988 adalah melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan

<sup>41</sup> Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.983/MENKES/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit

kegiatan penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*) serta melaksanakan upaya rujukan.

Rumah sakit dalam menjalankan fungsi dan tugasnya dengan tenaga kesehatan sebagai syarat mutlak bagi berlangsungnya penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan. Status badan hukum sebuah rumah sakit diatur dalam Pasal 58 UU No.23/1992 yang menentukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Sarana kesehatan tertentu yang diselenggarakan masyarakat harus berbentuk badan hukum,
- 2) Sarana kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) ditetapkan oleh pemerintah.

Berdasarkan ketentuan tersebut, maka setiap RS swasta harus berbentuk badan hukum, sebagaimana ditegaskan dalam penjelasan Pasal 58, bahwa:

”Sarana kesehatan tertentu yang dimiliki oleh masyarakat termasuk swasta seperti rumah sakit, ...harus berbentuk badan hukum ...

.....

Sarana kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah tidak perlu berbentuk badan hukum karena pemerintah sendiri merupakan badan hukum publik”

Rumah sakit swasta berdasarkan ketentuan tersebut senantiasa mempunyai status badan hukum. Tentang status badan hukum RS swasta, sebelum Undang-Undang Kesehatan, terdapat pendapat bahwa ”Rumah sakit dalam artinya yang umum merupakan suatu perusahaan, yang dalam bentuk yuridis biasanya diberi bentuk wadah sebagai suatu yayasan (*stichting*) atau perkumpulan (*vereniging*)

sehingga dalam lalu lintas perhubungan hukum mempunyai tanggung jawab penuh.”<sup>42</sup>

Provinsi Jawa Timur memiliki beberapa berupa Rumah Sakit yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi, yakni RSUD dr. Soetomo-Surabaya, RS Haji Surabaya, RSUD Syaiful Anwar Malang, dan RSUD dr Soedono Madiun. Selain pelayanan kesehatan masing-masing rumah sakit harus memenuhi standar kelas masing-masing Rumah Sakit yang ditetapkan misalnya:

- RSUD dr. Soetomo dan RSUD Syaiful Anwar Malang (sejak tahun 2007) sebagai kelas RSU Kelas A mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas dan subspecialistik luas, berkaitan juga dengan predikatnya sebagai rumah sakit pendidikan, sedangkan
- RS Haji Surabaya dan RSUD dr Soedono Madiun sebagai RSU Kelas B mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan subspecialistik terbatas.

Selain pada pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang menjadi kewenangan pemerintah, Rumah Sakit juga memiliki kewajiban untuk melakukan pelayanan obat dan alat kesehatan kepada masyarakat, hal ini sesuai Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2003 Tentang Pengelolaan Pelayanan Obat Dan Alat Kesehatan Di Rumah Sakit Propinsi Gubernur Jawa Timur pada Pasal 2:

<sup>42</sup> Koeswadji, Hermien Hadiati, Artikel “ Etika Rumah Sakit dan Hukum Bagi Rumah Sakit”, Bulletin PERSI, Triwulan No.36, Januari Tahun IX-1992

**Pasal 2**

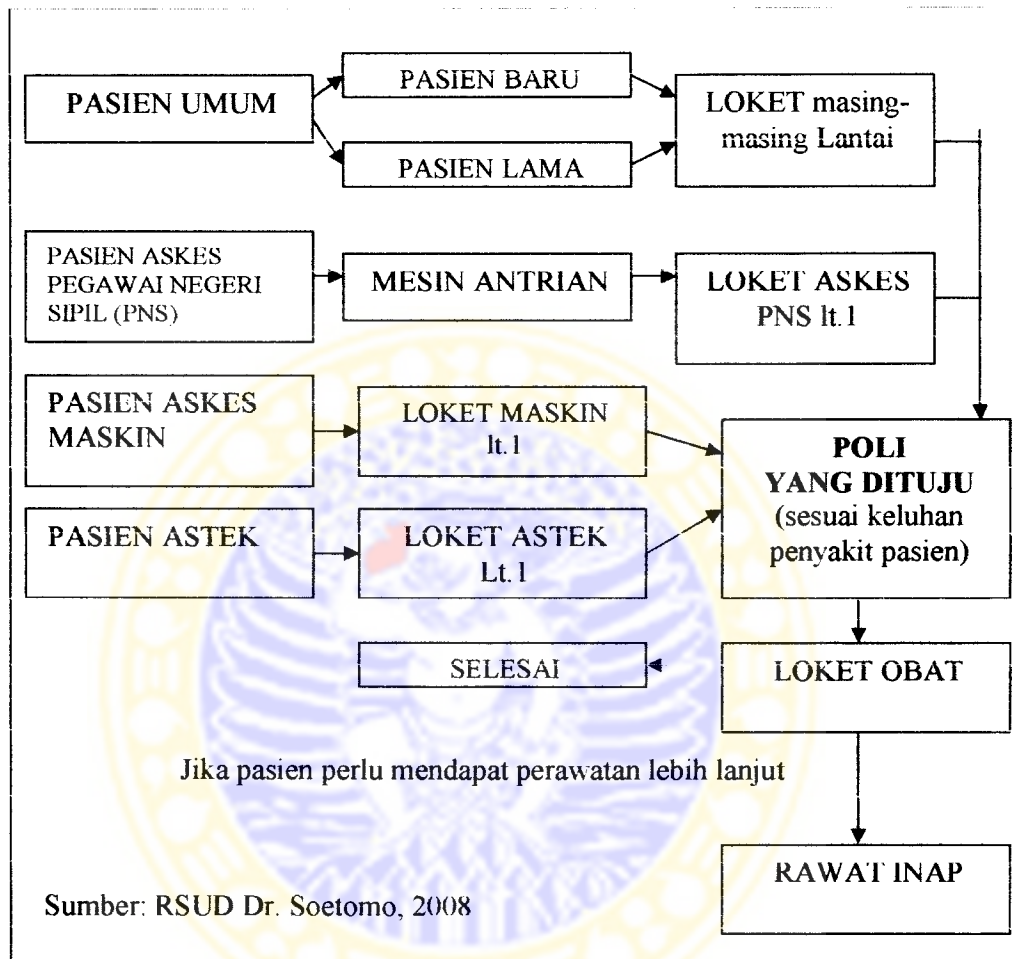
- (1) Pengelolaan pelayanan obat dan alat kesehatan dimaksudkan untuk memberikan pelayanan obat-obatan dan alat kesehatan kepada pasien serta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Propinsi melalui pengelolaan dengan Sistem Revolving Fund ;
- (2) Tujuan penyelenggaraan pelayanan obat dan alat kesehatan adalah :
  - a. meningkatkan pelayanan pasien terhadap kebutuhan obat-obatan dan alat kesehatan.
  - b. meningkatkan peran Rumah Sakit sebagai Unit Sosial Ekonomi.
  - c. memberikan wadah pelayanan terhadap kebutuhan obat-obatan dan alat kesehatan.
  - d. meningkatkan pendapatan rumah sakit melalui penyelenggaraan pelayanan obat dan alat kesehatan.

Rumah Sakit Dr. Soetomo sebagai salah satu pusat rujukan di Jawa Timur bahkan Indonesia Timur saat ini telah mendapat sertifikasi ISO 9001: 2000 dari lembaga bertaraf internasional yakni Worldwid Quality Assurance (WQA). Dari pengamatan di lapangan, alur pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di rumah sakit ini terdiri dari:



## ALUR PASIEN DI INSTALASI RAWAT JALAN (IRJ)

### RSUD Dr. Soetomo



Dapat dijelaskan dari alur pasien diatas, dimulai dari jenis pasien yang datang, yakni berasal dari pasien umum, pasien yang memiliki askes PNS, pasien dengan askes Maskin dan pasien astek. Keempatnya daftar pada loket masing-masing yang terdapat pada lantai 1 IRJ. Kemudian setelah pasien menjelaskan keluhan penyakitnya, pasien menuju ke poli tertentu. Selanjutnya, setelah diperiksa dan dilakukan diagnosa oleh dokter maka pasien mendapatkan resep

untuk dibawa ke loket obat, atau jika pasien membutuhkan perawatan lebih lanjut maka dapat dirawat di rawat inap (opname). Prosedur ini diumumkan dan tertera pada papan di depan lobi lantai 1, sehingga calon pasien dapat membaca dengan mudah. Apabila pasien masih belum mengerti prosedur ini maka terdapat resepsionis untuk membantu calon pasien tersebut. Pada meja resepsionis tersebut juga terdapat telepon untuk Call for Help. Juga apabila terdapat keluhan atas pelayanan IRJ maka dapat melaporkan ke Ruang Customer Service Lt.1 Telepon 5501450 pada jam kerja dan SMS 0888 357 3179 (24 jam) dan website <http://irj3.tripod.com>

Untuk masalah tarif pengobatan pasien di IRJ terdiri dari beberapa jenis :

|         | Pasien Umum    |               | Pasien Umum | ASKES PNS | ASKES Maskin | ASTEK      |
|---------|----------------|---------------|-------------|-----------|--------------|------------|
|         | Dengan Rujukan | Tanpa Rujukan |             |           |              |            |
| Karcis  | Rp. 5.000,-    | Rp. 10.000,-  | -           | -         | -            | -          |
| ID Card | Rp. 3.000,-    | Rp. 3.000,-   | Rp. 3000,-  | -         | -            | Rp. 3000,- |

Sumber: RSUD Dr. Soetomo, Peraturan Daerah Jatim No.10 Th.2002

Dari ketentuan diatas dapat diketahui pasien askes maskin mendapat jaminan kesehatan dengan tidak mendapatkan beban tarif pengobatan di IRJ hingga mendapatkan obat sesuai dengan kebutuhan. Begitu pula dengan pasien askes PNS. Namun, untuk memperoleh jaminan seperti ini, maskin harus membawa bukti-bukti berupa: <sup>43</sup>

<sup>43</sup> RSUD Dr. Soetomo, 2008

1. KSK/ KTP yang berlaku
2. Surat Keterangan dari Kelurahan dan Kartu Askes Maskin
3. Rujukan dari Puskesmas
4. Surat Jaminan Pelayanan warna hijau untuk pemeriksaan, warna biru untuk pengambilan obat.
5. Kartu berobat

Prosedur askes maskin dengan segala konsekuensinya bearti telah memenuhi prinsip negara hukum, yakni setiap perbuatan atau tindakan administrasi harus didasarkan atas aturan atau *'rules and procedures' (regels)*. Prinsip normatif demikian nampaknya sangat kaku dan dapat menyebabkan birokrasi menjadi lamban Namun hal ini tentunya sebuah produr yang harus dilewati agar pemberi layanan kesehatan yakni para tenaga kesehatan di Rumah Sakit Pemerintah serta penerima layanan kesehatan (masyarakat) bersama-sama menempuh prosedur sebagai wujud kepastian hukum bagi kedua belah pihak.

Sedangkan untuk Askes PNS membawa syarat:<sup>44</sup>

1. Surat Asuransi Kesehatan Asli
2. Rujukan asli dari Puskesmas (yg berlaku selama 1 bulan) atau dari dokter keluarga, atau juga antar rumah sakit
3. ID Card PNS
4. Untuk anak PNS yang lebih dari 21 tahun harus menyertakan KTM

Persyaratan yang harus dipenuhi dan harus dibawa diatas ditempel di depan loket sehingga akses untuk mendapatkan informasi bagi masyarakat sangat

<sup>44</sup> *Ibid*

terbuka. Ini bagian dari pelayanan rumah sakit yang berdasarkan azas Keterbukaan (transparansi). Oleh karena itu, masyarakat yang menjadi calon pasien dapat menggunakan fasilitas ini dengan sebaik-baiknya.

Adanya segala sikap dan tindakan diskriminatif dalam segala bentuk dalam pelayanan kesehatan disini, diakui sebagai sikap dan tindakan yang terlarang, kecuali tindakan-tindakan yang bersifat khusus dan sementara yang dinamakan '*affirmative actions*' guna mendorong dan mempercepat kelompok masyarakat tertentu atau kelompok warga masyarakat tertentu untuk mengejar kemajuan sehingga mencapai tingkat perkembangan yang sama dan setara. Hal inilah yang mendasari adanya asuransi kesehatan masyarakat miskin (Askes maskin) juga prosedur yang harus dijalani sesuai dengan tata cara pengurangan retribusi baik dari tahap pemeriksaan di poliklinik, pemberian obat hingga keringanan pembayaran pada tahap pengobatan yang membutuhkan rawat inap. Hal tersebut didasarkan pada Keputusan Gubernur Jawa Timur No. 2 Tahun 2003 tentang Tata Cara Pengurangan, Keringanan, Pembebasan Retribusi Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Propinsi Jawa Timur, pada Pasal 2, Pasal 4, Pasal 6, dan Pasal 7 disebutkan:

**Pasal 2**

Ketentuan pengurangan, keringanan dan pembebasan Retribusi Pelayanan Kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Wajib Retribusi yang tergolong tidak mampu dapat mengajukan permohonan keberatan secara tertulis kepada Direktur atau pejabat yang ditunjuk atas Surat Ketetapan Retribusi Daerah (SKRD) atau dokumen lain yang dipersamakan ;
- b. Permohonan keberatan sebagaimana dimaksud pada huruf a, diajukan dalam jangka waktu paling lama 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal Surat Ketetapan Retribusi Daerah (SKRD) atau dokumen lain yang dipersamakan.

**Pasal 4**

Pemberian pengurangan, keringanan dan pembebasan Retribusi Pelayanan Kesehatan, disesuaikan dengan memperhatikan kemampuan Wajib Retribusi.

**Pasal 6**

Direktur dapat memberikan keringanan atau seluruh biaya perawatan, baik pelayanan umum maupun pelayanan poliklinik dan pelayanan penunjang non medik.

**Pasal 7**

Pemberian keringanan sebagian atau seluruh biaya perawatan dengan persyaratan:

1. Surat Keterangan tidak mampu dari RT, RW diketahui Kepala Desa / Kepala Kelurahan ;
2. Dapat rekomendasi tidak mampu dari Dinas Sosial setempat;
3. Peserta keluarga miskin yang diterbitkan oleh pejabat yang berwenang (Kepala Puskesmas dengan disetujui Kepala Desa/Kepala kelurahan).

Dari ketentuan Keputusan Gubernur No.2 Tahun 2003 tersebut dapat dijelaskan tata cara (prosedur) pengurangan hingga pembebasan biaya retribusi atas pelayanan kesehatan, yakni masyarakat yang ingin mendapatkan keringanan biaya retribusi pelayanan kesehatan di rumah sakit provinsi Jawa Timur dapat mengajukan permohonan keberatan yang ditujukan pada Direktur Rumah Sakit maksimal 30 (tiga puluh) hari sejak terbitnya SKRD atau biaya penagihan atas retribusi pelayanan kesehatan. Adapun yang berwenang untuk memberikan keringanan atau seluruh biaya perawatan adalah Direktur Rumah Sakit. (pasal 6). Sebagai bahan pertimbangan, pasal 7 merupakan syarat yang harus dipenuhi oleh pasien RS.

Selain sebagai sarana pelayanan kesehatan, keberadaan rumah sakit juga sebagai pengelola pelayanan obat dan alat kesehatan. Hal ini ternyata membawa dampak positif dan negatif, positifnya yakni tujuan RS memberikan pelayanan obat dengan harga yang terjangkau masyarakat sebagai pasien. Namun, dampak



lain ialah kerap kali terdapat tindakan pegawai RS mempersulit pengadaan obat bahkan menaikkan harga obat.<sup>45</sup> Direktur memiliki kewenangan terhadap sistem pelayanan obat, penetapan harga obat, prosedur mendapatkan obat. Pengaturan ini disebutkan dalam Keputusan Gubernur Jawa Timur No.4 Tahun 2003 tentang Pengelolaan Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan di Rumah sakit Propinsi. Tujuan pengaturan ini terdapat pada Pasal 2 yakni:

#### **Pasal 2**

- (1) Pengelolaan pelayanan obat dan alat kesehatan dimaksudkan untuk memberikan pelayanan obat-obatan dan alat kesehatan kepada pasien serta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Propinsi melalui pengelolaan dengan Sistem Revolving Fund ;
- (2) Tujuan penyelenggaraan pelayanan obat dan alat kesehatan adalah :
  - a. meningkatkan pelayanan pasien terhadap kebutuhan obat-obatan dan alat kesehatan.
  - b. meningkatkan peran Rumah Sakit sebagai Unit Sosial Ekonomi.
  - c. memberikan wadah pelayanan terhadap kebutuhan obat-obatan dan alat kesehatan.
  - d. meningkatkan pendapatan rumah sakit melalui penyelenggaraan pelayanan obat dan alat kesehatan

#### **Pasal 4**

- (1) Pelayanan obat dan alat kesehatan di Rumah Sakit Propinsi dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan obat-obatan dan alat kesehatan di Rumah Sakit Propinsi;
- (2) Harga jual obat-obatan dan alat kesehatan ditetapkan oleh Direktur;
- (3) Prosedur pelayanan obat dan alat kesehatan yang menggunakan fasilitas Rumah Sakit Propinsi ditetapkan oleh Direktur.

Pelayanan obat dan alat kesehatan merupakan salah satu hak yang wajib dipenuhi oleh pemerintah. Dengan adanya sistem Revolving Fund, yakni sistem pengelolaan dana secara langsung untuk membiayai mengadakan, penyaluran, dan penjualan obat-obatan, bahan dan alat kesehatan dari Pihak RS kepada penerima

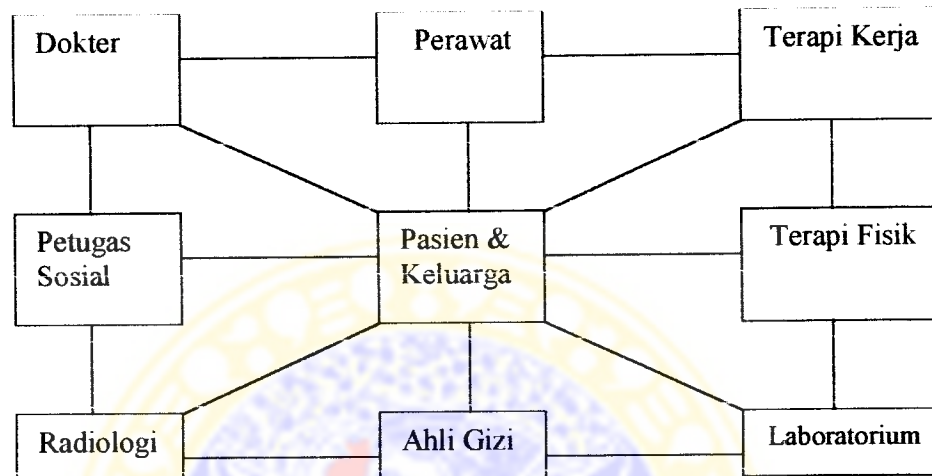
<sup>45</sup> Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2003, Pasal 6

layana tersebut diharapkan dapat meningkatkan peran RS sebagai salah satu Unit Sosial Ekonomi yang berarti memiliki tujuan untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan negara di bidang kesehatan yang bersifat merata dan mencapai tujuan kesejahteraan bersama. Oleh karena itu, terhadap RS pemerintah yang sering mendapat keluhan seperti menaikkan harga obat, tidak jelasnya harga obat yang dikenakan ke pasien perlu diadakan pengawasan dan tindakan tegas. Pengaturan tentang pengawasan (monitoring) pada RS diwenangi dan diatur oleh Dinas Kesehatan, tetapi pengaturan untuk tindakan tegas seperti sanksi bagi pelaku pelanggaran yang terjadi belum diatur dalam peraturan lebih lanjut. Dibutuhkannya obat bagi seorang pasien sangat menentukan nasib dan kondisi kesehatannya sehingga perlu jaminan kepastian hukum akan hal tersebut. Pengelolaan obat juga harus memiliki standar pelayanan minimal dan indikator yang terukur agar dapat mengimbangi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh instansi kesehatan khususnya rumah sakit pemerintah.

Pandangan bahwa fokus dalam upaya pelayanan kesehatan adalah pasien dan keluarganya masih harus terus disosialisasikan. Dalam pandangan ini setiap tenaga kesehatan mengambil peran yang setara terhadap pasien sesuai dengan bidang keahlian dan kewenangannya dengan dokter, dengan menempatkan semua tenaga kesehatan tenaga profesional sebagaimana dokter.<sup>46</sup>

<sup>46</sup> Praptianingsih, Sri, *op cit*

**Bagan 3.1**  
**Pelayanan Kesehatan oleh Tenaga Kesehatan kepada Pasien**  
**(Dokter sebagai Fokus)**



Sumber: Praptianingsih, 2006

Bagan tersebut menunjukkan model yang menempatkan rumah sakit (RS) sebagai lembaga upaya pelayanan kesehatan juga merupakan tempat bekerja bagi berbagai tenaga kesehatan. Dalam upaya pelayanan kesehatan di RS, tenaga kesehatan seperti dokter, dokter spesialis, fisiotherapist, dan apoteker mempunyai hubungan langsung dengan pasien, sedangkan perawat mempunyai hubungan dengan pasien karena dia adalah pegawai RS.

Perbedaan kualitas tenaga kesehatan disebabkan oleh bidang keilmuan, mengakibatkan akses pelayanan dalam suatu tindakan medik tertentu. Oleh karena itu dokter, dan tenaga kesehatan lain seperti perawat memegang peranan penting dalam pelayanan kesehatan. Dalam upaya pelayanan kesehatan di RS, dokter dan perawat sebagai tenaga kesehatan bersama-sama mengupayakan kesembuhan

pasien. Hubungan tenaga kesehatan dengan pasien dapat digambarkan dalam tiga model, yaitu:

1. Model *Engineering*;
2. Model *Paternalistik*;
3. Model Kontrak Sosial.

Model *engineering* menggambarkan posisi tenaga kesehatan sebagai berikut: *...medical professionals who seek themselves only as scientist applying the benefits of scientific research and truth feel that they must divorce themselves from all questions of values and deal only with the fact. Above all, they must remain impartial and objective... the health worker's personal values do not enter into the delivery of health care.*<sup>47</sup>

Dalam model *engineering* tenaga kesehatan bertindak sebagai ilmuwan yang menetapkan hasil penelitian ilmiah, tanpa terikat nilai dan norma yang hidup dan berlaku dalam masyarakat. Pasien dapat membuat keputusan sendiri dan tenaga kesehatan bertindak melaksanakan keinginan pasien dalam keadaan bagaimanapun, bahkan meski membahayakan dirinya sendiri

Sementara itu, gambaran tenaga kesehatan dalam model *paternalistic* adalah sebagai berikut:

*The health worker is viewed as expert not only in medical knowledge but also immoral matters. The paternalistic health professional always know what is the best for the patient. With the health worker making all decision. The patient must rely as wisdom and beneficence of the expert much as little child depend on his parents*<sup>48</sup>

Model *paternalistic*, tenaga kesehatan dipandang ahli dalam bidang kesehatan dan moral. Tenaga kesehatan dianggap tahu yang terbaik bagi pasien

<sup>47</sup> Robert T. Francoeur, Ph.D., *Biomedical Ethics, A Guide to Decision Making*  
New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc., 1983

<sup>48</sup> *Ibid*

sehingga tenaga kesehatan yang membuat keputusan dan pasien senantiasa menaatinya seperti anak yang tergantung pada tuanya.

Model ketiga merupakan gabungan sekaligus penyempurnaan dua model sebelumnya, yaitu model kontrak sosial, yakni menekankan bahwa:

*The ethical need for genuine human interaction. An implied contract comes into existence when any person seeks the advice and help of another human and the other person accept the appeal.. the sick person and the health worker into a contract with one another. Implicitly, they accept mutual obligation and right.*

Model kontrak sosial membebani tenaga kesehatan dan pasien hak dan kewajiban secara timbal balik. Etika dan moral tidak dikesampingkan dalam menerapkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang pesat. Transaksi terapeutik yang terjadi antara tenaga kesehatan dengan pasien bertumpu pada hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right self of determination*) dan untuk memperoleh informasi (*the right to information*) yang dijamin oleh dokumen internasional.<sup>49</sup> Di Indonesia, secara umum hak untuk menentukan nasib sendiri dan hak untuk mendapatkan informasi dijamin oleh Amandemen UUD 1945 dan dilindungi oleh Undang-Undang No.39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

### **III.2.2 Tanggung Gugat Dalam Pelayanan Kesehatan**

Hukum kesehatan sebagai bagian dari ilmu hukum memainkan peran yang berarti dalam menemukan hukum dan dalam mengkonstruksikan peraturan hukum yang diperlukan dalam bidang kesehatan masyarakat. Menurut Van Der Mijl, hukum kesehatan dapat didefinisikan sebagai lembaga peraturan yang langsung

<sup>49</sup> Hadiati, Hermien, *Hukum dan Masalah Medik*, Airlangga University Press, 1984



berhubungan dengan perawatan kesehatan, sekaligus juga dengan penerapan hukum perdata umum, pidana dan administratif.<sup>50</sup> Sesuai dengan prinsip Good Governance pada negara hukum bahwa semua masalah diselesaikan dengan hukum sebagai pedoman tertinggi. Oleh karena itu permasalahan keluhan, pengaduan serta tanggung gugat dalam pelayanan kesehatan dapat diselesaikan melalui jalur yang disediakan.

Pemberian pelayanan kesehatan oleh RS diawali dengan sebuah transaksi antara dokter dan pasien yang dinamakan terapeutik. Perjanjian atau transaksi terapeutik dapat didefinisikan sebagai persetujuan antara para pihak sebagai upaya untuk mencari/ menemukan terapi (penyembuhan) yang paling tepat untuk penyembuhannya yang harus dilakukannya dengan cermat dan hati-hati.<sup>51</sup> Disinilah letak keterkaitan antara etik dengan hukum pidana. Dalam melaksanakan tindakan medik tertentu dokter juga tidak melaksanakannya sendiri, tetapi dibantu oleh perawat dalam RS yang bersangkutan. Dalam pelayanan yang diberikan kepada pasien bertujuan untuk meningkatkan kondisi kesehatan, terdapat suatu kala bahwa tenaga kesehatan tidak memperbaiki kondisi pasien, tetapi justru tindakannya membuat keadaan pasien semakin parah atau bahkan menyebabkan pasien cacat serta meninggal. Maka aspek hukum pidana dalam upaya pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan di RS. Kemampuan bertanggung jawab ini berkait erat dengan perbuatan pidana. Perbuatan pidana adalah perbuatan manusia yang termasuk dalam lingkungan delik, bersifat melawan hukum dan dapat dicela.<sup>52</sup>

<sup>50</sup> Koeswadji, Hermin Hadiati, *op cit*

<sup>51</sup> *Ibid*

<sup>52</sup> Schaffmeister et al., ed. Penerjemah J.E Sahetapy, *Hukum Pidana*, Liberty Yogyakarta: 1995, hlm.27

Dalam Perda Pelayanan Publik Jawa Timur, setiap penyelenggara pelayanan publik yang melakukan pelanggaran dalam penyelenggaraan pelayanan publik diancam dengan pidana kurungan paling lama 6 (enam) bulan dan/atau denda paling banyak Rp.50.000.000 (lima puluh juta Rupiah).<sup>53</sup> Apabila pelanggaran yang dimaksud adalah tindak pidana (juga dapat berupa kejahatan<sup>54</sup>) maka dapat dikenakan sanksi sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.<sup>55</sup>

Terdapat perbedaan yang mendasar antara tindak pidana biasa yang fokusnya adalah akibat dari tindak pidana tersebut. Tindak pidana medis fokusnya adalah causa/sebab dan bukan akibat terjadinya suatu tindakan medis. Tindakan tersebut medis dapat dikatakan sebagai tindak pidana, apabila secara teoritis paling sedikit mengandung 3 (tiga) unsur yaitu:<sup>56</sup>

- (a) Melanggar norma hukum pidana tertulis
- (b) Bertentangan dengan hukum (melanggar hukum), dan
- (c) Berdasar suatu kelalaian/ kesalahan besar: ukuran kesalahan/ kelalaian dalam hukum pidana disini berarti *culpa lata*

Beberapa perbuatan yang dapat dikategorikan dalam tindak pidana adalah:<sup>57</sup>

1. Menipu pasien dikenakan Pasal 378 KUHP
2. Tindak pelanggaran kesopanan (Ps.290, 294, 285, 286 KUHP)
3. Sengaja membiarkan pasien tidak tertolong (Ps.322 KUHP)

<sup>53</sup> Pasal 26 ayat (1), Perda Pelayanan Publik Jawa Timur No.11 Tahun 2005

<sup>54</sup> Pasal 26 ayat (2), *Ibid*

<sup>55</sup> Pasal 26 ayat (3), *Ibid*

<sup>56</sup> Koeswadjie, *loc.cit* hal.147

<sup>57</sup> *Ibid*

4. Pengguguran kandungan tanpa indikasi medis (Ps.299, 348, 349 KUHP)
5. Membocorkan rahasia medis (Ps.322 KUHP)
6. Lalai hingga membiarkan kematian atau luka-luka (Ps. 359, 360, 361 KUHP)
7. Memberikan atau menjual obat palsu (Ps.386 KUHP)
8. Membuat surat keterangan palsu (ps.263 dan 267 KUHP)
9. Melakukan eutanasia (Ps.344 KUHP)

Dalam kaitannya dengan Perda Pelayanan Publik, apabila terdapat pelayanan publik yang diselenggarakan tidak sesuai dengan tata perilaku sebagai kode etik dalam memberikan pelayanan publik, disebutkan dalam Pasal 13 antara lain:

- a Bersikap jujur, disiplin proporsional dan profesional
- b Bertindak adil dan tidak diskriminatif
- c Peduli, teliti dan cermat
- d Bersikap ramah dan bersahabat
- e Bersikap tegas, dan tidak memberikan pelayanan yang berbelit-belit
- f Bersikap mandiri dan dilarang menerima imbalan dalam bentuk apapun
- g Transparan dalam pelaksanaan dan mampu mengambil langkah-langkah yang kreatif dan inovatif<sup>58</sup>

Namun, kode etik dan tata perilaku diatas tidak dapat dijadikan dasar gugatan penerima layanan publik terhadap pemberi layanan publik. Adapun yang dapat dikatakan pelanggaran adalah apabila terjadi tindakan penyimpangan atau

<sup>58</sup> Pasal 13, Perda Pelayanan Publik Jawa Timur No.11 Tahun 2005

pengabaian terhadap wewenang prosedur dan substansi. Dalam pasal 24 Perda Pelayanan Publik Jawa Timur jika pelanggaran tersebut merupakan pelanggaran administrasi sehingga dikenakan sanksi administrasi sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jenis-jenis sanksi tersebut berupa:

1. Peringatan lisan
2. Peringatan tertulis
3. Penundaan kenaikan pangkat
4. Penurunan pangkat
5. Mutasi jabatan
6. Pembebasan tugas dan jabatan dalam waktu tertentu
7. Pemberhentian tidak dengan hormat<sup>59</sup>

Sedangkan keterkaitan hukum kesehatan dengan hukum perdata umum adalah berawal dari terjadinya hubungan pasien dan perawat dalam asuhan keperawatan di RS dengan adanya transaksi terapeutik antara dokter dengan pasien. Apabila dokter menyarankan agar menjalani perawatan di RS dalam upaya kesehatannya dan pasien menyetujuinya, pasien tersebut menjadi pasien RS maka sejak itulah telah terjadi hubungan hukum antara pasien dengan rumah sakit. Hubungan hukum yang terjadi berdasarkan perjanjian untuk melakukan upaya pelayanan kesehatan dengan menyediakan tenaga kesehatan serta sarana dan prasarana yang diperlukan sesuai dengan kemampuan dan klasifikasinya,

<sup>59</sup> Pasal 25 ayat (2), *Ibid*

sedangkan pasien wajib untuk memenuhi syarat-syarat yang ditentukan oleh RS agar dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan.

Hubungan hukum antara pasien dengan rumah sakit termasuk dalam perjanjian pada umumnya yang dalam Pasal 1234 BW ditentukan bahwa "Tiap-tiap perikatan adalah untuk memberikan sesuatu, untuk berbuat sesuatu, atau untuk tidak berbuat sesuatu". Dalam perjanjian ini kewajiban rumah sakit adalah untuk melakukan sesuatu sehingga pasien mendapatkan kesembuhan. Tindakan utamanya memberikan pelayanan kesehatan yang antara lain dilakukan oleh perawat.

Sebagai suatu perjanjian, maka hubungan antara pasien dengan rumah sakit harus memenuhi syarat sahnya perjanjian yang ditentukan dalam Pasal 1320 BW yaitu:

1. Kesepakatan para pihak yang mengikatkan dirinya;
2. Kecakapan para pihak untuk membuat perikatan/melakukan kesepakatan;
3. Suatu hal tertentu; dan
4. Suatu sebab yang halal.

Syarat tersebut bersifat kumulatif sehingga tidak dipenuhinya salah satu diantara keempat syarat tersebut dapat menyebabkan perjanjian menjadi batal. Jika terdapat salah satu pihak, misalkan pasien yang menandatangani perjanjian operasi terhadap suatu penyakit yang dideritanya dengan pihak dokter atau rumah sakit namun ternyata pada suatu saat pihak pasien merasa bahwa suatu hal tertentu yang diperjanjikan itu tidak jelas dan tujuan daripada mengikatkan dirinya pada perjanjian tidak dapat terwujud maka dapat saja dibatalkannya perjanjian itu. Adanya perikatan antara pasien dan dokter namun ketika pasien tidak mengetahui dengan jelas apa yang diperjanjikan itu bahkan tidak mengerti apa risikonya maka



perjanjian tersebut menjadi batal. Oleh karena itu, dokter atau rumah sakit sebagai pihak yang bersangkutan harus dapat memberikan penjelasan dan pengetahuan yang dapat menjadikan pihak pasien/ keluarganya paham akan sesuatu yang diperjanjikan oleh dokter atau pihak rumah sakit.

Tercapainya kesepakatan oleh para pihak yang mempunyai kecakapan untuk melakukan transaksi terapeutik yang tidak bertentangan dengan peraturan-perundangan, kesusilaan, dan kesopanan menimbulkan konsekuensi bagi para pihak untuk memenuhi kewajibannya masing-masing. Dalam hal pasien/ keluarganya menyetujui advis dokter untuk menjalani perawatan rumah sakit dan rumah sakit bersedia untuk menjalani perawatan di rumah sakit dan rumah sakit bersedia untuk memberikan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh pasien, maka hak dan kewajiban pasien dan rumah sakit timbul sejak pasien masuk ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pasien dengan segala kewajiban yang telah ditentukan rumah sakit berhak atas pelayanan kesehatan yang dimiliki rumah sakit sesuai dengan kebutuhan berdasarkan penyakitnya. Rumah sakit melalui tenaga kesehatan yang bekerja di dalamnya melakukan upaya kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya dalam rangka mencapai kesembuhan pasien mendapatkan kesembuhan pasien. Akan tetapi, dalam kenyataannya tidak senantiasa pasien mendapatkan kesembuhan setelah menjalani perawatan di RS. Terhadap kegagalan upaya kesehatan ini maka pasien atau keluarganya yang merasa dirugikan berhak atas ganti rugi berdasarkan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Undang-Undang Kesehatan.

**Pasal 55**

(1). Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan.

Ganti kerugian dapat diminta apabila kegagalan upaya tersebut disebabkan oleh kelalaian atau kesalahan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya memberikan pelayanan kesehatan. Kerugian yang dimaksud adalah kerugian fisik yang berupa hilang atau tidak berfungsinya sebagian atau seluruh tubuh dan kerugian nonfisik yang berkait dengan martabat seseorang.<sup>60</sup>

Maka kepada siapa tanggung gugat apabila terdapat pelayanan kesehatan yang buruk diberikan kepada masyarakat sebagai pasien oleh tenaga kesehatan di RS. Sedangkan, kewenangan Kepala Rumah Sakit atau Direktur adalah sebatas pada penyelenggaraan upaya kesehatan di Rumah Sakit. Tindakan yang dilakukan dalam batas kewenangannya hanyalah yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit. Berkait dengan pasien, tugasnya adalah menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, sedangkan berkait dengan tenaga kesehatan tugasnya adalah memimpin, mengkoordinasikan, dan mengawasi pelaksanaan tugas tenaga kesehatan dalam memberikan atau melaksanakan upaya pelayanan kesehatan. Hal ini berarti kewenangan Kepala Rumah Sakit atau Direktur bersifat intern, demikian pula kewenangan dokter dan tenaga kesehatan lain dalam rumah sakit. Mereka bisa mengadakan perjanjian sebatas berkait dengan upaya pelayanan kesehatan antara lain berupa perjanjian terapeutik. Sementara itu, perjanjian di luar perjanjian terapeutik tersebut, seperti penentuan hak dan kewajiban pasien yang berupa

<sup>60</sup> Hermien Hadiati Koeswadj, *loc cit*

pengobatan dan perawatan yang disediakan bukan merupakan kewenangan direktur dan jajarannya.

Paparan diatas menunjukkan bahwa Rumah Sakit bukanlah merupakan badan hukum karena rumah sakit sendiri melalui direktur tidak dapat melakukan tindakan hukum diluar bidang upaya pelayanan kesehatan tanpa ada pelimpahan wewenang dari pemiliknya, yaitu Pemerintah Pusat melalui Departemen Kesehatan, Pemerintah Daerah, TNI/POLRI, BUMN bagi rumah sakit pemerintah maupun Pengurus Yayasan atau Badan Hukum lain bagi rumah sakit swasta. Disebutkan dalam ketentuan Pasal 58 ayat (1) bahwa:

**Pasal 58**

(1). Sarana kesehatan tertentu yang diselenggarakan masyarakat harus berbentuk badan hukum.

Berdasarkan UU No.23 Tahun 1992 dan peraturan pelaksanaanya, Rumah Sakit pemerintah bukan merupakan badan hukum sedangkan rumah sakit swasta disebutkan dengan tegas harus berbentuk badan hukum. Akan tetapi, peraturan lain yang lahir sebelum dan sesudah tahun 1992 mengatur dan menentukan bahwa swasta bukan sebagai badan hukum sehingga yang mempunyai status badan hukum adalah pemilik dan penyelenggaranya sebagaimana rumah sakit pemerintah.

Terdapat konflik norma dalam hukum positif tentang status rumah sakit. Hal ini menyulitkan dalam menentukan hubungan antara tenaga kesehatan dengan rumah sakit. Konsekuensinya, akan sulit dalam menentukan tanggung jawab dan tanggung gugat apabila terjadi kelalaian/kesalahan dan tuntutan ganti rugi dalam

upaya pelayanan kesehatan di RS. Untuk meluruskan konflik norma tersebut diupayakan mengetahui status badan hukum dengan melihat kewenangan yang ditentukan peraturan perundangan. Dalam RS milik Pemerintah Daerah (Kabupaten/Kota ataupun Provinsi), Direktur secara teknis bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan dalam hal pengelolaan program, sumber daya manusia dan peralatan RS, sedangkan taktis operasional bertanggung jawab kepada Bupati/ Walikota serta Gubernur, dalam hal kelancaran pengelolaan anggaran yang membutuhkan kecepatan dan kelancaran pelayanan kepada pasien.<sup>61</sup> Pertanggungjawaban Direktur kepada Kepala Dinas Kesehatan merupakan konsekuensi yuridis kepada Kepala Dinas Kesehatan merupakan konsekuensi yuridis status rumah sakit sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan.<sup>62</sup>

Berdasarkan peraturan perundangan yang mengatur tentang RS Pemerintah dan RS Swasta dapat ditarik kesimpulan bahwa RS bukan merupakan badan hukum yang mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan dalam lalu lintas hukum. Oleh karena itu, pada dasarnya RS melalui Kepala/ direktornya tidak dapat melakukan perjanjian kerja dengan tenaga kesehatan atau tenaga kerja lain untuk bekerja di RS, kecuali berdasarkan pelimpahan wewenang untuk melakukan hal tersebut dari pemilik rumah sakit sebagai pihak yang berwenang untuk melakukan perbuatan dalam lalu lintas hukum. Hal ini berarti tindakan hukum yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di dalam RS baik milik pemerintah maupun swasta dapat

<sup>61</sup> Keputusan Gubernur Jawa Timur tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Timur

<sup>62</sup> *Ibid*

dikatakan tindakan yang berdasarkan pelimpahan wewenang dari Dinas Kesehatan (jika RS Pemerintah) dan Direktur (jika RS swasta)

Maka apabila terjadi sengketa medis maka yang bertanggung gugat adalah rumah sakit yang bersangkutan, apabila rumah sakit tersebut berbentuk badan hukum. Sedangkan apabila rumah sakit bukan badan hukum maka yang bertanggung gugat adalah badan hukum pemiliknya. Sementara itu, bagi rumah sakit pemerintah yang bertanggung gugat adalah pemiliknya, baik Pemerintah Pusat, Pemerintah daerah, TNI/POLRI, maupun BUMN. Kecuali apabila dalam perjanjian kerja antara tenaga kesehatan dan rumah sakit disepakati tentang tanggung gugat dengan tegas.

Tanggung gugat yang dibebankan kepada pemilik RS (dalam hal RS Swasta) ini logis bila dikaitkan dengan kewajiban memberikan ganti kerugian. Alasannya, *pertama*, pemilik RS-lah yang menguasai dan memiliki harta kekayaan sehingga gugatan atas ganti kerugian yang dikabulkan hanya akan diwujudkan apabila pihak yang digugat mempunyai harta kekayaan. *Kedua*, tenaga kesehatan RS berstatus sebagai pegawai RS sehingga pelayanan kesehatan yang dilakukannya sebatas menjalankan tugas oleh atasannya. *Ketiga*, meskipun pekerjaan memberikan pelayanan/asuhan keperawatan terhadap kesehatan pasien itu dilakukan berdasarkan keahlian dan keterampilan, hal itu bukan alasan yang tepat untuk dijadikan landasan bahwa tenaga kesehatan memikul tanggung gugat dalam pelayanan kesehatan di RS karena pelayanan kesehatan RS karena melakukan pekerjaan dengan menggunakan dasar keilmuan yang dimilikinya adalah keniscayaan.



## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **IV.1 Kesimpulan**

Bertolak dari pembahasan masing-masing bab, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut:

- a. Prinsip *Good Governance* merupakan prinsip yang diakui oleh beberapa negara dan lembaga internasional sebagai dasar untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan yang baik melalui beberapa prinsip. Di Indonesia, prinsip *Good Governance* diadaptasi dalam Undang-Undang No.32 Tahun 2004 menjadi Asas-asas Umum Pemerintahan Yang Baik, terdiri dari: asas kepastian hukum, asas tertib penyelenggara negara, asas kepentingan umum, asas keterbukaan, asas proporsionalitas, asas profesionalitas, asas akuntabilitas, asas efisiensi dan asas efektivitas. Dalam setiap penyelenggaraan negara, pemerintah memiliki kewajiban untuk menerapkan asas-asas tersebut. Bahkan, dalam Undang-Undang No.9 Tahun 2004, asas-asas umum pemerintahan yang baik dapat dijadikan alasan tanggung gugat.
- b. Setelah adanya sistem desentralisasi, pelayanan kesehatan termasuk dalam urusan wajib bagi pemerintah Daerah. Penerapan prinsip *Good Governance* sebagai landasan penyelenggaraan negara di bidang

Kesehatan tampak pada beberapa pengaturan hukum mengenai pelayanan kesehatan. Hal ini berkaitan bahwa Indonesia adalah negara hukum, dimana segala tindakan pemerintah dan masyarakat harus memiliki kepastian hukum. Kewajiban untuk melakukan pemerataan dan peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, tetap menjadi tanggung jawab Pemerintah. Keberhasilan pembangunan diberbagai bidang telah meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat dan kesadaran akan hidup sehat yang berarti akan mempengaruhi peningkatan kebutuhan kesehatan akan pelayanan dan pemerataan yang mencakup tenaga, sarana, dan prasarana baik jumlah maupun mutu. Karena itu diperlukan pengaturan untuk melindungi pemberi pada penerima jasa pelayanan kesehatan. Hal ini akan memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberi dasar bagi pembangunan kesehatan diperlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis sehingga penyelenggaraan kesehatan harus selalu berkaitan dengan azas Kepastian Hukum bagi penerima dan pemberi layanan kesehatan. Kesemua pengaturan itu tak luput dari beberapa aspek hukum lain misalnya, aspek hukum pidana, hukum perdata umum serta hukum administrasi.

- c. Rumah sakit pemerintah sebagai salah satu sarana kesehatan harus memiliki upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, agar

kebutuhan masyarakat akan hak-hak dasarnya dapat terpenuhi. Peningkatan mutu tidak hanya meliputi kuantitas (jumlah tenaga dan fasilitas kesehatan) tapi juga kualitas tenaga kesehatan yang diterima oleh penerima (jasa) layanan kesehatan harus profesional. Masyarakat sebagai penerima jasa tersebut berhak untuk mendapatkan pelayanan yang efisien, efektif, transparansi dan akuntabilitas.

- d. Di Jawa Timur, Institusi Kesehatan terdapat beberapa berupa Rumah Sakit yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi, yakni RSUD Dr. Soetomo-Surabaya, RS Haji Surabaya, RSUD Syaiful Anwar Malang, dan RSUD dr Soedono Madiun. Saat ini 3 dari 4 institusi kesehatan tersebut telah mendapat sertifikat ISO 9000. Untuk RSUD Dr Soetomo Surabaya mendapat sertifikat pada bagian Instalasi Gawat Darurat (IRD). Meski demikian, pelayanan kesehatan di Jawa Timur dapat dikatakan, belum dapat dijangkau secara menyeluruh, merata, bermutu dan terjangkau secara berkesinambungan, karena pelayanan kesehatan yang diberikan belum memenuhi harapan dan tuntutan masyarakat. Hal ini dikarenakan penyebarluasan tenaga kesehatan yang belum merata, serta peralatan kesehatan, obat dan fasilitas kesehatan lainnya masih belum mencukupi, pemenuhan terhadap standar pelayanan yang tidak disinkronkan dengan partisipasi masyarakat. Selain itu, fungsi pengawasan melalui monitoring evaluation atas pelayanan kesehatan di

RSUD yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Jawa Timur juga belum dipublikasikan secara transparan.

- e. Secara umum penerapan prinsip *Good Governance* pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam peraturan perundang-undangan di Jawa Timur telah mampu diterapkan secara konstitusional, antara lain Asas Kepastian Hukum, Asas Kepentingan Umum, Asas Profesionalisme, Asas Kesamaan hak, Asas Keseimbangan Hak dan Kewajiban. Sedangkan untuk penerapan asas-asas yang lain masih terdapat kelemahan. Secara empiris masih beberapa kelemahan pada penerapan prinsip *Good Governance* di sarana-sarana kesehatan milik pemerintah membutuhkan kajian sosiologis lebih lanjut.

#### **IV.2 Saran**

Untuk mencapai tujuan bersama demi kesejahteraan masyarakat Jawa Timur, khususnya pada bidang kesehatan maka hal-hal yang disarankan adalah:

- a. Pemerintah Provinsi Jawa Timur melalui Dinas Kesehatan dapat mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai tujuan peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui upaya kesehatan secara optimal apabila terdapat koordinasi dan kerjasama dari semua instansi, baik dari unsur pemerintah maupun swasta. Adanya inovasi pelayanan kesehatan di beberapa kota di Jawa Timur menjadi motivasi bagi pemerintah

provinsi agar inovasi tersebut dapat dicontoh oleh pemerintah Kota/ Kabupaten yang lain.

- b. Adanya pengawasan secara ketat dan berkesinambungan terhadap peraturan pelaksana pelayanan kesehatan, dapat dilakukan misalnya melalui sistem inspeksi mendadak pada pemberi dan penerima layanan kesehatan di rumah sakit dan sarana kesehatan yang lain. Hal ini dilakukan agar pelanggaran atas hak-hak masyarakat (pasien) sebagai penerima layanan kesehatan yang kerap terjadi di rumah sakit pemerintah tidak terjadi di masa yang akan datang. Selain itu, menjadi kewajiban masyarakat untuk ikut memonitoring pelayanan pemerintah yang diberikan dan segala urusan wajib pemerintah sebagai bentuk partisipasi.



**DAFTAR BACAAN****BUKU**

Francoeur, Robert T, *Biomedical Ethics, A Guide to Decision Making*, Singapore:

John Willey&Sons.Inc., 1983

Hadjon,Phillipus M et al, *Pengantar Hukum Administrasi*, Gajah Mada

University, 1994

Koeswadji, Hermien Hadiati et.al, *Etik dan Hukum di Bidang Kesehatan*,

Airlangga University Press, Surabaya, 2006

\_\_\_\_\_ *Hukum dan Masalah Medik*, Airlangga University Press, 1984

Mardiasmo, *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*, ANDI,

Yogyakarta, 2002

Mertokusumo, Sudikno, *Mengenal Hukum (Suatu Pengantar)*, Liberty,

Yogyakarta, 1999

Praptianingsih, Sri, *Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Pelayanan*

*Kesehatan di Rumah Sakit*, RajaGrafindo Persada, Jakarta: 2006

Schaffmeister et.al., ed. Penerjemah J.E Sahetapy, *Hukum Pidana*,

Yogyakarta:Liberty, 1995

**JURNAL/ BULETIN**

Hadjon, Phillipus M., Tentang Wewenang, Yuridika, Vol No. 2005

Koeswadji, Hermien Hadiati, Etika Rumah Sakit dan Hukum Bagi Rumah Sakit”,  
Bulletin PERSI, Triwulan No.36, Januari Tahun IX-1992

Sujatmoko, Emmanuel, Pembagian Kekuasaan Secara Vertikal, Yuridika Vol.20  
No.1, 2005

Dokumen Kebijakan UNDP dalam “Tata Pemerintahan Menunjang Pembangunan  
Manusia Berkelanjutan”, Januari 1997, Buletin informasi Program  
Kemitraan untuk Pembaharuan Tata Pemerintahan di Indonesia  
(*Partnership for Governance Reform in Indonesia*), 2000

**INTERNET**

Anggoro, A Ponco dan Liliyasi, Agustina, Artikel “Mungkinkah Impian Itu  
Terwujud?”, Kompas, Rabu, 24 Mei 2006, [www.kompas.com](http://www.kompas.com)  
Download pada: 15 Oktober 2006

Assiddiqie, Jimly, “Prinsip Pokok Negara Hukum”, Jimly Assiddiqie Page,  
Download: 9 Januari 2008

Daniel, Wahyu, Artikel “Pemda Belum Mampu Terapkan Standar Pelayanan  
Minimum”, [www.detikfinance.com](http://www.detikfinance.com), 22 November 2007  
Download pada: 9 Januari 2008

Iskatrinah, Pelaksanaan Fungsi Hukum Administrasi Negara Dalam Mewujudkan  
Pemerintahan Yang Baik, Buletin Litbang Dephan, [www.dephan.go.id](http://www.dephan.go.id)  
Download pada: 9 Januari 2008

Lumbuun, T Gayus, Kebijakan Pemerintah Dalam Mewujudkan Pemerintahan Yang Baik, 14 September 2007, [www.kormonev.menpan.go.id](http://www.kormonev.menpan.go.id),

Download pada: 10 Desember 2007

Manan, Bagir *Good Governance* Hindarkan Rakyat Dari Tindakan Negara Yang Merugikan, Jurnal Transparansi Online edisi 14/ Nov.1999,

[www.transparansi-online.com](http://www.transparansi-online.com), Didownload pada: 10 Desember 2007

Novitasari, Hariatni dan Munawar, Hadi Artikel "Menengok Pelaksanaan Citizen's Charter di Kota Blitar dan Jogja" Kompas, 7 Agustus 2006,

[www.kompas.com](http://www.kompas.com). Didownload: 15 Oktober 2006

Novenanto, Anton, Artikel "Catatan untuk Komisi Pelayanan Publik",

Kompas, 19 September 2006, [www.kompas.com](http://www.kompas.com)

Didownload pada: 15 Oktober 2006

Suzetta, Paskah 'Meningkatkan Kinerja dan Akuntabilitas Pemerintah Dalam RPJMN 2004-2009 Melalui Percepatan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dan Optimalisasi Pengadaan Barang dan Jasa',

[www.bappenas.go.id](http://www.bappenas.go.id)

Didownload pada: 12 September 2007

Solihin, Dadang, Makalah "Penerapan Prinsip-Prinsip Good Governance di Negara-negara Berkembang", [www.Dadangsolihin.com](http://www.Dadangsolihin.com), Deputi

Perencanaan Tata Ruang dan Manajemen Tata Guna Lahan BAPPENAS

Download pada: 15 Oktober 2006

Beberapa Pemikiran Tentang Good Governance, diambil dari [http://goodgovernance-bappenas.go.id/publikasi\\_files/buku\\_saku\\_files](http://goodgovernance-bappenas.go.id/publikasi_files/buku_saku_files).

Didownload: 12 September 2007

Dinkes Jatim Terus Benahi Pelayanan Kesehatan, [www.dinasinfokomjatim.go.id](http://www.dinasinfokomjatim.go.id)

20 April 2005. Download pada: 15 Oktober 2006

Urusan Pemerintahan di Daerah, <http://bentaraonline.com/Bentara Online>,

22 September 2007. Didownload: 10 Desember 2007

## **MAKALAH**

Mallarangreng, Andi, Seminar Otonomi Award Jawa Pos 2007 "Mentradisikan

Kompetisi Memintas Kemajuan", 7 Juni 2007

Supari. Siti Fadilah, Kualitas Sumber Daya Manusia Ditentukan Pendidikan dan

Kesehatan, 21 Desember 2004

Soekarwo, Dengan Otoda, Berikan Pelayanan Kesehatan Berkualitas, 9 Juli

2006, Sumber: Database Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

## **PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN**

Undang-Undang Dasar 1945 hasil amandemen I-IV

Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang No.28 Tahun 1992 tentang Penyelenggaraan Negara Yang

Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme

Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang Kewenangan Pemerintahan dan

Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.

Peraturan Pemerintah No.25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintahan dan

Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1457/ Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota

Keputusan Menteri Kesehatan RI No.983/MENKES/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159b/ Menkes/1988 tentang Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 749/MENKES/XII/1989 tentang Rekam Medis

Kepmenkes dan Kesos No.1747/ MENKES-KESOS/SK/XII/2000 tentang

Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal Dalam Bid. Kes di Kabupaten/ Kota

Peraturan Menteri Kesehatan RI No.159b/Menkes/1988 tentang Rumah Sakit

Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.031/ Birhup/1972 tentang Rumah sakit- rumah sakit Pemerintah

Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.034/ Birhup/ 1972 tentang

Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Keputusan Menteri Kesehatan RI No.924/MENKES/SK/XII/1986 tentang Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI)

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 983/MENKES/SK/XII/1992

Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 Thn 2003 tentang Pengelolaan Pelayanan Obat Dan Alat Kesehatan Di Rumah Sakit Propinsi Gubernur Jawa Timur



Keputusan Gubernur Jawa Timur No.27 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/ Kota di Jawa Timur

Keputusan Gubernur Jawa Timur No. 188/23/KPTS/013/2007 tentang Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Program Strategis Rencana Pembangunan Jangka Menengah Provinsi Jawa Timur 2006-2008





**GUBERNUR JAWA TIMUR**

**KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TIMUR  
NOMOR 4 TAHUN 2003  
TENTANG  
PENGELOLAAN PELAYANAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN  
DI RUMAH SAKIT PROPINSI**

**GUBERNUR JAWA TIMUR,**

- Menimbang** : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 13 Peraturan Daerah Propinsi Jawa Timur Nomor 10 Tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Propinsi dan untuk lebih memantapkan penyelenggaraan pelayanan obat-obatan dan alat kesehatan di Rumah Sakit Propinsi Jawa Timur, perlu menetapkan Pengelolaan Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan di Rumah Sakit Propinsi, dengan Keputusan Gubernur Jawa Timur.
- Mengingat** : 1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952) ;

4. Peraturan Pemerintah Nomor 104 Tahun 2000 tentang Dana Perimbangan ;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2000 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah ;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 107 Tahun 2002 tentang Pinjaman Daerah ;
7. Keputusan Presiden Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah ;
8. Keputusan Presiden Nomor 38 Tahun 1991 tentang Unit Swadana dan Tata Cara Pengelolaannya ;
9. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 92 Tahun 1993 tentang Penetapan Penatausahaan Serta Pertanggungjawaban Keuangan Unit Swadana Daerah ;
10. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 Tahun 2002 tentang Pedoman Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah ;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 446/Menkes/SK/V/2002 tentang Pedoman Umum Pengadaan Obat Pelayanan Dasar;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 447/Menkes/SK/V/2002 tentang Pedoman Umum Pengadaan Obat Program Kesehatan ;
13. Peraturan Daerah Propinsi Jawa Timur Nomor 10 Tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Propinsi;
14. Peraturan Daerah Propinsi Jawa Timur Nomor 23 Tahun 2002 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Propinsi Jawa Timur;

Memperhatikan : 1. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Farmasi Rumah Sakit Bertanggungjawab Terhadap Barang Farmasi yang Beredar di Rumah Sakit.

2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 085/ Menkes/ PER/1/1989 tentang Obat Generik dan Kewajiban Instalasi Farmasi di Rumah Sakit untuk Mengelola Obat Secara Berdaya Guna.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TIMUR TENTANG PENGELOLAAN PELAYANAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN DI RUMAH SAKIT PROPINSI

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Gubernur, adalah Gubernur Jawa Timur.
2. Direktur, adalah Direktur Rumah Sakit Propinsi Jawa Timur.
3. Rumah Sakit Propinsi, adalah Rumah Sakit Milik Pemerintah Propinsi Jawa Timur.
4. Sistem Revolving Fund, adalah sistem pengelolaan dana secara langsung untuk membiayai mengadakan, penyaluran, dan penjualan obat-obatan, bahan dan alat kesehatan.
5. Tim Pembina dan Evaluasi, adalah tim yang melakukan pembinaan dan evaluasi atas penyelenggaraan pelayanan obat dan alat kesehatan.
6. Alat Kesehatan, adalah bahan dan alat kesehatan habis pakai yang diperuntukkan bagi pasien yang dirawat di Rumah Sakit Propinsi.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

- (1) Pengelolaan pelayanan obat dan alat kesehatan dimaksudkan untuk memberikan pelayanan obat-obatan dan alat kesehatan kepada pasien serta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Propinsi melalui pengelolaan dengan Sistem Revolving Fund ;
- (2) Tujuan penyelenggaraan pelayanan obat dan alat kesehatan adalah :
- a. meningkatkan pelayanan pasien terhadap kebutuhan obat-obatan dan alat kesehatan.
  - b. meningkatkan peran Rumah Sakit sebagai Unit Sosial Ekonomi.
  - c. memberikan wadah pelayanan terhadap kebutuhan obat-obatan dan alat kesehatan.
  - d. meningkatkan pendapatan rumah sakit melalui penyelenggaraan pelayanan obat dan alat kesehatan.

## BAB III PELAYANAN

### Pasal 3

Jenis penyelenggaraan pelayanan obat dan alat kesehatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Propinsi meliputi semua kebutuhan obat-obatan dan alat kesehatan yang disesuaikan dengan kemampuan masing-masing Rumah Sakit Propinsi dan ditetapkan oleh Direktur.



#### Pasal 4

- (1) Pelayanan obat dan alat kesehatan di Rumah Sakit Propinsi dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan obat-obatan dan alat kesehatan di Rumah Sakit Propinsi;
- (2) Harga jual obat-obatan dan alat kesehatan ditetapkan oleh Direktur;
- (3) Prosedur pelayanan obat dan alat kesehatan yang menggunakan fasilitas Rumah Sakit Propinsi ditetapkan oleh Direktur.

#### Pasal 5

- (1) Pelayanan obat dan alat kesehatan, dilaksanakan terhadap :
  - a. Pasien Rawat Inap, Rawat Jalan, Rawat Darurat yang berobat di Rumah Sakit Propinsi;
  - b. Pasien yang berasal dari penjamin yang terikat perjanjian kerjasama dengan Rumah Sakit Propinsi atau berasal dari institusi pelayanan kesehatan lainnya ;
  - c. Pasien pribadi Dokter yang berobat di Rumah Sakit Propinsi ;
  - d. Pasien Paviliun yang berasal dari pelayanan paviliun / Kelas Utama ;
  - e. Pasien ASKES, pasien ASTEK dan pasien Keluarga Miskin (Gakin) yang dijamin pembayarannya oleh pemerintah.

#### BAB IV

#### PENGELOLAAN KEUANGAN

#### Pasal 6

- (1) Pengelola pelayanan obat dan alat kesehatan menyusun Daftar Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja yang diketahui oleh Kepala Instalasi Farmasi dan ditetapkan oleh Direktur ;

- (2) Pendapatan dari pelayanan obat dan alat kesehatan dikelola dalam rekening tersendiri di Bank Pemerintah, terpisah dari pendapatan Rumah Sakit Propinsi dan harus disetor dalam waktu 1 x 24 jam ;
- (3) Pendapatan pelayanan obat dan alat kesehatan dari penggunaan fasilitas Rumah Sakit Propinsi dan pengaturan kontribusi ke Rumah Sakit Propinsi ditetapkan oleh Direktur;
- (4) Selambat-lambatnya tanggal 5 (lima) setiap bulan, pengelola pelayanan obat dan alat kesehatan membuat laporan kepada Direktur dan diketahui Kepala Instalasi Farmasi.

#### Pasal 7

- (1) Setiap tahun anggaran Atasan Langsung Bendahara ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan Kepala Instalasi Farmasi;
- (2) Atasan langsung Bendahara sebagaimana tersebut pada ayat (1) bertanggungjawab kepada Direktur dan diketahui Kepala Instalasi Farmasi.

#### Pasal 8

- (1) Setiap tahun anggaran Bendahara ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan Kepala Instalasi Farmasi;
- (2) Bendahara terdiri dari: a. Bendahara Penerima ; b. Bendahara Pengeluaran ;
- (3) Bendahara dan Atasan Langsung Bendahara membuka rekening atas nama jabatan pada Bank Pemerintah.

#### Pasal 9

- (1) Pembelian / pengadaan barang obat-obatan dan alat kesehatan serta pekerjaan, dilaksanakan oleh panitia pembelian / pengadaan barang;

- (2) Panitia Pembelian / Pengadaan Barang dan Pekerjaan, Tim Penerima Barang serta Panitia Pemeriksa Pekerjaan ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usulan Kepala Instalasi Farmasi.

#### Pasal 10

Penatausahaan keuangan terhadap pengelolaan pelayanan obat dan alat kesehatan dilaksanakan sesuai ketentuan yang ditetapkan Direktur.

#### Pasal 11

Laporan pertanggungjawaban keuangan Pengelolaan Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan memakai standar laporan Akuntansi Keuangan dengan Sistem Accrual Basic dan disampaikan oleh Pengelola Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan kepada Direktur dan diketahui Kepala Instalasi Farmasi secara periodik (Bulan, Triwulan, Tahunan).

#### Pasal 12

Dalam upaya untuk membuat laporan keuangan yang akuntabel, setiap akhir tahun Pengelola Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan diperiksa oleh akuntan publik yang ditetapkan oleh Direktur.

### BAB V

#### KERJASAMA DENGAN PIHAK KETIGA

#### Pasal 13

- (1) Rumah Sakit Propinsi dalam mengelola pelayanan obat dan alat kesehatan dan dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dapat melakukan kerjasama dengan Pihak KETIGA ;

- (2) Pendapatan dari kerjasama dengan Pihak Ketiga sebagaimana 'tersebut pada ayat (1) merupakan penerimaan Pengelola Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan di Rumah Sakit Propinsi;
- (3) Bentuk, syarat, prosedur dan tata cara pelaksanaan kerjasama dengan Pihak Ketiga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku ;
- (4) Dalam melaksanakan kerjasama dengan Pihak Ketiga, Pengelola Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan harus mendapatkan persetujuan Direktur dan dilaporkan kepada Gubernur.

## BAB VI KETENAGAAN

### Pasal 14

- (1) Tenaga Pengelola Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan terdiri atas Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan non Pegawai Negeri Sipil (non PNS);
- (2) Pengaturan mengenai jumlah, jenis, golongan kepangkatan dan komposisi PNS dan Non PNS yang mengelola pelayanan obat dan alat kesehatan, ditetapkan oleh Direktur.

## BAB VII PINJAMAN KEPADA PIHAK KE TIGA

### Pasal 15

- (1) Dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, Pengelola Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan dapat melakukan pinjaman kepada Pihak Ketiga ;
- (2) Bentuk, persyaratan, dan ketentuan tentang pinjaman sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku ;

- (3) Dalam melaksanakan pinjaman kepada Pihak Ketiga harus mendapat persetujuan Direktur dan dilaporkan kepada Gubernur.

## BAB VIII PENGEMBANGAN PELAYANAN

### Pasal 16

- (1) Dalam rangka peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Pengelolaan Pelayanan Obat dan Alat Kesehatan dapat dikembangkan jenis kegiatan pelayanan, yang tidak bertentangan dengan tugas dan fungsinya;
- (2) Pengembangan jenis kegiatan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendapat persetujuan Direktur dan dilaporkan kepada Gubernur.

## BAB IX PENYELENGGARA PELAYANAN OBAT DAN ALAT KESEHATAN

### Pasal 17

- (1) Pengelolaan pelayanan obat dan alat kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, diselenggarakan oleh Depo Farmasi;
- (2) Permodalan, biaya operasional dan pengembangan pelayanan pada Depo Farmasi dibebankan pada dana Revolving Fund ;
- (3) Depo Farmasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit pelayanan fungsional yang melayani obat-obatan dan alat kesehatan yang berada dibawah tanggung jawab Instalasi Farmasi ;
- (4) Bentuk dan Susunan Organisasi serta Tata Kerja Depo Farmasi ditetapkan oleh Direktur, sesuai dengan kondisi masing-masing Rumah Sakit.



**BAB X**  
**PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

**Pasal 18**

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Depo Farmasi dilakukan oleh Gubernur dibantu oleh Tim Pembina dan Evaluasi;
- (2) Tim Pembina dan Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur;
- (3) Pelaksanaan sehari-hari pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Depo Farmasi dilakukan oleh Direktur dibantu oleh Tim Pembina dan Evaluasi.

**BAB XI**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 19**

Hal-hal yang belum diatur dalam keputusan ini akan diatur dalam Keputusan Direktur.

**Pasal 20**

- (1) Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal di undangkan :
- (2) Keputusan ini diundangkan dalam lembaran Daerah Propinsi Jawa Timur.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 24 Januari 2003

**GUBERNUR JAWA TIMUR**

**ttd**

**H. IMAM UTOMO. S**

DIUNDANGKAN DALAM BERITA DAERAH  
PROPINSI JAWA TIMUR

TGL 24-01-2003 No. 4 TH. 2003/D1



**GUBERNUR JAWA TIMUR**

**KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TIMUR**

**NOMOR 27 TAHUN 2004**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN  
KABUPATEN / KOTA DI JAWA TIMUR**

**GUBERNUR JAWA TIMUR**

- Menimbang :
- a. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 11 ayat (2) Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, kewenangan bidang kesehatan merupakan salah satu kewenangan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten / Kota ;
  - b. bahwa berdasarkan penjelasan Pasal 3 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000, Pemerintah Propinsi mempunyai kewenangan untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten / Kota sesuai pedoman yang ditetapkan oleh Pemerintah ;
  - c. bahwa sesuai Pasal 3 dan Pasal 4 Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001, Pemerintah dapat melimpahkan pembinaan atas penyelenggaraan Pemerintah Kabupaten / Kota kepada Gubernur di Daerah meliputi pemberian pedoman, bimbingan, pelatihan, arahan dan supervisi;
  - d. bahwa berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003, telah ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota ;
  - e. bahwa berdasarkan pertimbangan pada huruf a,b,c dan d tersebut, dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur dengan Keputusan Gubernur Jawa Timur.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
  2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839) ;
  3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848) ;
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran. Negara Nomor 3952);
  5. Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2000 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Nomor 2000 Nomor 202, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4023);
  6. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2000 tentang Laporan Pertanggungjawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 209, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4027) ;
  7. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4090) ;
  8. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Daerah ;
  9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4262) ;
  10. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2001 tentang Pengawasan Represif Kebijakan Daerah ;
  11. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 Tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggungjawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara Penyusunan APBD ;
  12. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 130-67 Tahun 2002 tentang Pengakuan Kewenangan Kabupaten / Kota ;
  13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota.

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan :KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TIMUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN KABUPATEN / KOTA DI JAWA TIMUR.**

**BAB I  
KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

- a. Propinsi adalah Propinsi Jawa Timur ;
- b. Gubernur adalah Gubernur Jawa Timur ;
- c. Pemerintah Propinsi adalah Pemerintah Propinsi Jawa Timur ;
- d. Daerah adalah Daerah Otonom Kabupaten / Kota di Jawa Timur ;
- e. Bupati / Walikota adalah Bupati / Walikota di Jawa Timur ;
- f. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten / Kota di Jawa Timur ;
- g. Kewenangan Daerah adalah kewenangan yang diberikan Pemerintah kepada Daerah ;
- h. Jenis Pelayanan adalah kegiatan-kegiatan untuk melaksanakan kewenangan Daerah ;
- i. Indikator Kinerja adalah tolok ukur pelayanan yang diterima oleh masyarakat;
- j. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat dengan SPM adalah tolok ukur kinerja pelayanan yang diselenggarakan Daerah ;
- k. Standar Teknis adalah pedoman kualitas dan prosedur pelayanan yang ditentukan oleh Pemerintah ;
- l. Target Tahunan adalah nilai capaian indikator kinerja setiap jenis pelayanan pada tahun yang bersangkutan.

## BAB II

### MAKSUD, TUJUAN DAN FUNGSI SPM BIDANG KESEHATAN

#### Pasal 2

Maksud ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan adalah sebagai acuan bagi Pemerintah Daerah dalam melaksanakan kewenangan bidang kesehatan Daerah di Propinsi.

#### Pasal 3

Tujuan ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan adalah :

- a. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan ;
- c. Menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan.

#### Pasal 4

Fungsi SPM Bidang Kesehatan adalah :

- a. Sebagai alat untuk menjamin aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat dalam kondisi rata – rata minimal yang harus dicapai Pemerintah Daerah sebagai penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. Sebagai alat monitoring dan evaluasi serta tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan Daerah berkaitan dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- c. Sebagai dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbasis anggaran kinerja ;
- d. Sebagai acuan prioritas Perencanaan Daerah dan prioritas pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah ;

## BAB III

### SPM BIDANG KESEHATAN

#### Pasal 5

- (1) Pemerintah Daerah menjamin penyelenggaraan pelayanan-kesehatan sesuai SPM ;



(2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang wajib dilaksanakan Daerah, meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerjanya, yaitu sebagai berikut :

- a. Pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi, dengan indikator:
  1. Prosentase cakupan kunjungan Ibu hamil K4 ;
  2. Prosentase cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan ;
  3. Prosentase Ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk ;
  4. Prosentase cakupan kunjungan neonatus ;
  5. Prosentase cakupan kunjungan bayi;
  6. Prosentase cakupan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang ditangani ;
- b. Pelayanan kesehatan Anak Pra sekolah dan Usia sekolah, dengan indikator:
  1. Prosentase cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah ;
  2. Prosentase cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih / guru UKS / Dokter Kecil ;
  3. Prosentase cakupan pelayanan kesehatan remaja ;
- c. Pelayanan Keluarga Berencana, dengan indikator prosentase cakupan peserta aktif KB ;
- d. Pelayanan Imunisasi, dengan indikator prosentase Desa / Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) ;
- e. Pelayanan Pengobatan / Perawatan, dengan indikator:
  1. Prosentase cakupan rawat jalan ;
  2. Prosentase cakupan rawat inap ;
- f. Pelayanan Kesehatan Jiwa, dengan indikator prosentase pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum ;
- g. Pemantauan pertumbuhan balita, dengan indikator:
  1. Prosentase balita yang naik berat badannya ;
  2. Prosentase Balita Bawah Garis Merah ;
- h. Pelayanan gizi, dengan indikator:
  1. Prosentase cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali setahun ;
  2. Prosentase cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe ;
  3. Prosentase cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin ;

4. Prosentase balita gizi buruk mendapat perawatan ;
- i. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif, dengan indikator:
  1. Prosentase akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus;
  2. Prosentase ibu hamil resiko tinggi / komplikasi yang ditangani;
  3. Prosentase neonatal resiko tinggi / komplikasi yang ditangani;
- j. Pelayanan gawat darurat, dengan indikator prosentase sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat;
- k. Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk, dengan indikator:
  1. Prosentase Desa / Kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam ;
  2. Prosentase Kecamatan bebas rawan gizi ;
- l. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio, dengan indikator angka Acute Placid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun ;
- m. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru, dengan indikator prosentase kesembuhan penderita TBC BTA positif;
- n. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA, dengan indikator prosentase cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani;
- o. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV - AIDS, dengan indikator :
  1. Prosentase klien yang mendapatkan penanganan HIV – AIDS;
  2. Prosentase infeksi menular seksual yang diobati ;
- p. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Denggue. (DBD), dengan indikator prosentase penderita DBD yang ditangani;
- q. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare, dengan indikator prosentase Balita dengan diare yang ditangani ;
- r. Pelayanan Kesehatan Lingkungan, dengan indikator prosentase Institusi yang dibina ;
- s. Pelayanan Pengendalian Vektor, dengan indikator rumah / bangunan bebas jentik nyamuk Aedes ;

- t. Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum, dengan indikator prosentase tempat umum yang memenuhi syarat;
  - u. Penyuluhan Perilaku Sehat, dengan indikator:
    - 1. Prosentase Rumah Tangga sehat;
    - 2. Prosentase bayi yang mendapat ASI - eksklusif ;
    - 3. Prosentase Desa dengan garam beryodium baik ;
    - 4. Prosentase Posyandu Purnama ;
  - v. Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat, dengan indikator prosentase upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan ;
  - w. Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan, dengan indikator:
    - 1. Prosentase ketersediaan obat sesuai kebutuhan ;
    - 2. Prosentase pengadaan obat esensial ;
    - 3. Prosentase pengadaan obat generik ;
  - x. Pelayanan penggunaan obat generik, dengan indikator prosentase penulisan resep obat generik ;
  - y. Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan, dengan indikator prosentase cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar;
  - z. Penyelenggaraan pembiayaan untuk keluarga miskin dan masyarakat rentan, dengan indikator cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan ;
- (3) Di luar jenis pelayanan yang tersebut pada ayat (2), Daerah tertentu dapat menyelenggarakan jenis pelayanan tambahan sesuai dengan kebutuhan, meliputi:
- a. Pelayanan Kesehatan Kerja, dengan indikator cakupan prosentase pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal ;
  - b. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut, dengan indikator prosentase cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut;
  - c. Pelayanan Gizi Tambahan, dengan indikator prosentase cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium ;

- d. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV - AIDS, dengan indikator prosentase darah donor diskriming terhadap HIV - AIDS ;
  - e. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Malaria, dengan indikator prosentase penderita malaria yang diobati ;
  - f. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Kusta, dengan indikator prosentase penderita kusta yang selesai berobat (RFT, rate) ;
  - g. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Filariasis, dengan indikator prosentase kasus Filariasis yang ditangani ;
- (4) Jenis pelayanan tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) menjadi wajib bagi semua daerah endemis / potensi KLB / rawan masalah apapun ketentuan teknisnya ;
- (5) Target pencapaian indikator kinerja tahunan setiap jenis pelayanan, sebagaimana tercantum dalam Lampiran.

#### BAB IV MEKANISME PELAKSANAAN SPM BIDANG KESEHATAN

##### Pasal 6

Mekanisme pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Propinsi adalah sebagai berikut:

- a. Gubernur menetapkan program dan kurun waktu pencapaian SPM Bidang Kesehatan, yang ditentukan secara bersama - sama dengan Pemerintah Daerah ;
- b. Gubernur melakukan sosialisasi, diseminasi, pelatihan, bimbingan dan lokakarya dalam rangka pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan ;
- c. Gubernur melakukan monitoring dan evaluasi terhadap Pelaksanaan SPM Bidang'Kesehatan di Daerah ;
- d. Gubernur melaporkan secara berkala kepada Pemerintah, kinerja Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan ;
- e. Pemerintah Propinsi melakukan kajian pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Daerah.

## Pasal 7

Mekanisme pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Daerah adalah sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan dapat pula dilaksanakan oleh Badan Usaha Milik Daerah atau Lembaga Mitra Pemerintah Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan ;
- b. Perencanaan Pembangunan Daerah (Poldas, Propeda, Renstrada, Repetada) maupun APBD untuk tahun anggaran yang bersangkutan harus mengakomodasi SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan dan menjadi prioritas bagi Daerah ;
- c. Bupati / Walikota melakukan sosialisasi, diseminasi, pelatihan penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan Daerah ;
- d. Bupati / Walikota mengoperasionalkan standar-standar teknis dalam pelayanan kesehatan Daerah ;
- e. Bupati / Walikota melakukan Survey Kepuasan Masyarakat secara teratur terhadap pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan Daerah ;
- f. Bupati / Walikota melakukan monitoring dan evaluasi secara berkesinambungan terhadap Kinerja Pemerintah Daerah di Bidang Kesehatan.

## BAB V

### PENGORGANISASIAN

## Pasal 8

Bupati / Walikota bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM, yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah.

## Pasal 9

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.



## BAB VI PELAKSANAAN

### Pasal 10

SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2), merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing Pemerintah Daerah.

### Pasal 11

Sumber Pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk pencapaian target sesuai SPM Bidang Kesehatan, dibebankan pada APBD dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

## BAB VII PEMBINAAN

### Pasal 12

Pemerintah Propinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan dan mekanisme kerja sama antar Pemerintah Daerah.

### Pasal 13

Fasilitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 dalam bentuk pemberian pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, arahan dan supervisi meliputi:

- a. Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan ;
- b. Penyusunan Rencana Kerja dan Standar Kinerja pencapaian target SPM Bidang Kesehatan ;

- c. Penilaian Pengukuran Kinerja pencapaian target SPM Bidang Kesehatan ;
- d. Penyusunan Laporan Kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM Bidang Kesehatan.

## BAB VIII PENGAWASAN DAN EVALUASI

### Pasal 14

Bupati / Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan di Daerah masing-masing.

### Pasal 15

Bupati / Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan, kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur.

### Pasal 16

Gubernur melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan.

### Pasal 17

- (1) Hasil evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, dilaporkan oleh Gubernur kepada Presiden melalui Menteri Dalam Negeri;
- (2) Hasil evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan sebagai dasar penentuan tindakan yang diperlukan dalam pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan.

**BAB IX  
PENUTUP**

**Pasal 18**

- (1) Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan ;
- (2) Keputusan ini diundangkan dalam Lembaran Daerah Propinsi Jawa Timur.

Ditetapkan di Surabaya  
pada tanggal 28 Juni 2004

**GUBERNUR JAWA TIMUR**

**ttd**

**H. IMAM UTOMO. S**

DIUNDANGKAN DALAM BERITA DAERAH  
PROPINSI JAWA TIMUR  
TGL 28-06-2004 No. 27 TH. 2004/D1

## LAMPIRAN KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TIMUR

TANGGAL : 28 JUNI 2004

NOMOR : 27 TAHUN 2004

## I. TARGET PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA TAHUNAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN YANG WAJIB DILAKSANAKAN KABUPATEN / KOTA DI JAWA TIMUR

| NO. | JENIS PELAYANAN                                       | INDIKATOR KINERJA  | TARGET | TARGET TAHUNAN |      |      |      |      |      |      |
|-----|---|--|--------|----------------|------|------|------|------|------|------|
|     |   |  | 2010   | 2004           | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| 1   | 2   | 3  | 4      | 5              | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   | 11   |
| 1.  | Pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi                      | 1) Cakupan kunjungan Ibu hamil K4  | 95%    | 86%            | 86%  | 90%  | 90%  | 94%  | 95%  | 95%  |
|     |   | 2) Cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan                    | 90 %   | 85%            | 86%  | 87%  | 88%  | 89%  | 90%  | 90%  |
|     |   | 3) Ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk  | 100%   | 75%            | 80%  | 85%  | 90%  | 95%  | 100% | 100% |
|     |   | 4) Cakupan kunjungan neonatus  | 90%    | 85%            | 86%  | 87%  | 88%  | 89 % | 90%  | 90%  |
|     |   | 5) Cakupan kunjungan bayi  | 90%    | 85%            | 85%  | 87%  | 89%  | 89%  | 90%  | 90%  |
|     |   | 6) Cukupan Bayi Berat Lahir Rendah/ BBLR yang ditangani  | 100%   | 85%            | 88%  | 90%  | 94%  | 97%  | 100% | 100% |
| 2.  | Pelayanan kesehatan Anak Pra sekolah dan Usia Sekolah | 1) Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah   | 90%    | 60%            | 70%  | 70%  | 80%  | 80%  | 90%  | 90%  |
|     |   | 2) Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/guru UKS/Dokter Kecil | 100%   | 80%            | 85%  | 85%  | 90%  | 95%  | 100% | 100% |
|     |   | 3) Cakupan pelayanan kesehatan remaja  | 80%    | 45%            | 50%  | 57%  | 65%  | 70%  | 75%  | 80   |

| 1  | 2   | 3  | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   | 11   |
|----|---|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 3. | Pelayanan Keluarga Berencana                                      | Cakupan peserta aktif KB   | 70%  | 40%  | 45%  | 50%  | 55%  | 60%  | 65%  | 70%  |
| 4. | Pelayanan Imunisasi   | Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)  | 100% | 80%  | 85%  | 85%  | 90%  | 90%  | 95%  | 100% |
| 5. | Pelayanan Pengobatan/Perawatan                                    | 1) Cakupan rawatjalan  | 15%  | 12%  | 14%  | 14%  | 15%  | 15%  | 15%  | 15%  |
|    |   | 2) Cakupan rawat inap  | 1,5% | 1,2% | 1,4% | 1,4% | 1,5% | 1,5% | 1,5% | 1,5% |
| 6. | Pelayanan Kesehatan Jiwa  | 3) Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum  | 15%  | 10%  | 11%  | 12%  | 13%  | 14%  | 15%  | 15%  |
| 7. | Pemantauan pertumbuhan balita                                     | 1) Balita yang naik berat badannya   | 80%  | 67%  | 69%  | 70%  | 72%  | 74%  | 76%  | 80%  |
|    |   | 2) Balita Bawah Garis Merah  | <15% | 16%  | 15%  | 15%  | 14%  | 14%  | 13%  | <15% |
| 8. | Pelayanan gizi  | 1) Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun   | 90%  | 60%  | 65%  | 70%  | 75%  | 80%  | 85%  | 90%  |
|    |   | 3) 2) Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe  | 90%  | 73%  | 75%  | 78%  | 80%  | 82%  | 85%  | 90%  |
|    |   | 4) Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin               | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
|    |   | 5) Balita gizi buruk mendapat perawatan  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 9. | Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif | 1) Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus | 80%  | 40%  | 45%  | 50%  | 60%  | 70%  | 80%  | 80%  |
|    |   | 6) Ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang ditangani   | 80%  | 70%  | 72%  | 74%  | 76%  | 78%  | 80%  | 80%  |
|    |   | 7) Neonatal resiko tinggi/komplikasi yang ditangani.   | 80%  | 70%  | 72%  | 74%  | 76%  | 78%  | 80%  | 80%  |



| 1   | 2   | 3  | 4      | 5      | 6      | 7     | 8     | 9     | 10    | 11     |
|-----|---|--|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 10. | Pelayanan gawat darurat   | Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat    | 90%    | 40%    | 50%    | 60%   | 70%   | 80%   | 90%   | 90%    |
| 11. | Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk | 1) Desa / Kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam<br>2) Kecamatan bebas rawan gizi | 100%   | 80%    | 85%    | 85%   | 90%   | 95%   | 95%   | 100%   |
| 12. | Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio   | Acute Placid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun                          | ≥1     | ≥1     | ≥1     | ≥1    | ≥ 1   | ≥ 1   | ≥ 1   | ≥ 1    |
| 13. | Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru   | Kesembuhan penderita TBC (BTA positif).  | > 85 % | > 85 % | > 85 % | >85%  | >85%  | >85%  | >85%  | >85%   |
| 14. | Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA  | Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani.  | 100%   | 100%   | 100%   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| 15. | Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS  | 1) Klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS.<br>2) Infeksi menular seksual yang diobati. | 100%   | 50%    | 60%    | 70%   | 80%   | 90%   | 100 % | 100%   |
| 16. | Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)                                     | Penderita DBD yang ditangani.  | 100 %  | 100%   | 100%   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| 17. | Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare   | Balita dengan diare yang ditangani   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| 18. | Pelayanan Kesehatan Lingkungan  | Institusi yang dibina  | 70%    | 40%    | 45%    | 50%   | 55%   | 60%   | 65%   | 70%    |
| 19. | Pelayanan pengendalian vector   | Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes   | > 95 % | > 95 % | > 95 % | >95 % | >95 % | >95 % | >95 % | > 95 % |

| 1   | 2  | 3  | 4    | 5    | 6     | 7     | 8    | 9    | 10   | 11   |
|-----|--|--|------|------|-------|-------|------|------|------|------|
| 20. | Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum  | Tempat umum yang memenuhi syarat   | 80%  | 50 % | 55%   | 60%   | 65%  | 70%  | 75%  | 80%  |
| 21. | Penyuluhan perilaku sehat  | 1) Rumah tangga sehat  | 65%  | 20%  | 30%   | 30%   | 40%  | 50%  | 60%  | 65%  |
|     |  | 2) Bayi yang mendapat ASI-Eksklusif  | 80%  | 50%  | 55%   | 60%   | 65%  | 70%  | 75%  | 80%  |
|     |  | 3) Desa dengan garam beryodium baik  | 90%  | 70%  | 80%   | 80%   | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  |
|     |  | 4) Posyandu Purnama  | 40%  | 20%  | 23%   | 26%   | 30%  | 35%  | 40%  | 40%  |
| 22. | Penyuluhan Pencegahan dan Penganggulan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat | Upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan                             | 15%  | 5%   | 7,5 % | 7,5 % | 10%  | 10%  | 15%  | 15%  |
| 23. | Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan   | 1) Ketersediaan obat sesuai kebutuhan  | 100% | 90%  | 90%   | 90%   | 90%  | 90%  | 90%  | 100% |
|     |  | 2) Pengadaan obat esensial   | 100% | 100% | 100%  | 100%  | 100% | 100% | 100% | 100% |
|     |  | 3) Pengadaan obat generik  | 100% | 80%  | 80%   | 90%   | 90%  | 90%  | 90%  | 100% |
| 24. | Pelayanan penggunaan obat generik  | Penulisan resep obat generik   | 90%  | 40%  | 40%   | 50%   | 50%  | 60%  | 70%  | 90%  |
| 25. | Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan  | Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar                             | 80%  | 30%  | 40%   | 50%   | 60%  | 70%  | 80%  | 80%  |
| 26. | Penyelenggaraan pembiayaan untuk Keluarga Miskin dan masyarakat rentan   | Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan Keluarga Miskin dan masyarakat rentan | 100% | 30%  | 40%   | 50%   | 60%  | 75%  | 90%  | 100% |

## II. TARGET PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA TAHUNAN PELAYANAN TAMBAHAN BIDANG KESEHATAN KABUPATEN / KOTA DI JAWA TIMUR

| No. | JENIS PELAYANAN                                  | INDIKATOR KINERJA   | TARGET | TARGET TAHUNAN |        |      |      |      |      |      |
|-----|--|---|--------|----------------|--------|------|------|------|------|------|
|     |  |   | 2010   | 2004           | 2005   | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| 1   | 2  | 3   | 4      | 5              | 6      | 7    | 8    | 9    | 10   | 11   |
| 1.  | Pelayanan Kesehatan Kerja                        | Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal       | 80%    | 30%            | 40%    | 50%  | 60%  | 70%  | 80%  | 80%  |
| 2.  | Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut                  | Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut | 70%    | 40%            | 45%    | 50%  | 55%  | 60%  | 65%  | 70%  |
| 3.  | Pelayanan Gizi Tambahan                          | Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium    | 80%    | 55%            | 60%    | 65%  | 70%  | 75%  | 80%  | 80%  |
| 4.  | Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS   | Darah donor diskriming terhadap HIV-AIDS                    | 100%   | 100%           | 100%   | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5.  | Pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria    | Penderita malaria yang diobati                              | 100%   | 100%           | 100%   | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 6.  | Pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta      | Penderita kusta yang selesai berobat (RFT rate)             | > 90 % | > 90 %         | > 90 % | >90% | >90% | >90% | >90% | >90% |
| 7.  | Pencegahan dan pemberantasan penyakit Filariasis | Kasus filariasis yang ditangani                             | > 90 % | > 90 %         | > 90 % | >90% | >90% | >90% | >90% | >90% |



**GUBERNUR JAWA TIMUR**

**KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TIMUR  
NOMOR 188/23/KPTS/013/2007**

**TENTANG**

**SISTEM KESEHATAN  
PROVINSI JAWA TIMUR**

**GUBERNUR JAWA TIMUR,**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan pembangunan kesehatan agar dapat tercapai tingkat kesehatan masyarakat yang maksimal diperlukan penyelenggaraan kesehatan secara menyeluruh, terarah, merata, bermutu, terjangkau dan berkesinambungan melalui proses terintegrasi sebagaimana telah diarahkan dalam Sistem Kesehatan Nasional ;
- b. bahwa untuk menindaklanjuti Sistem Kesehatan Nasional tersebut sesuai kondisi Provinsi Jawa Timur perlu menetapkan Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam Keputusan Gubernur Jawa Timur.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495).
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952).
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4548).
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438).
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
7. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 37 Tahun 2000 tentang Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

**MEMUTUSKAN :**

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan,  
PERTAMA : Sistem Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagaimana tersebut dalam Lampiran.
- KEDUA : Sistem Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum PERTAMA untuk digunakan sebagai pedoman bagi semua pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Jawa Timur.
- KETIGA : Pelaksanaan Sistem Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDUA agar diselaraskan dengan ketentuan sistem sektor lain.
- KEEMPAT : a. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan ;  
b. Mengundangkan Keputusan ini dalam Berita Daerah Provinsi Jawa Timur.

Ditetapkan di Surabaya  
pada tanggal 29 Januari 2007



GUBERNUR JAWA TIMUR

*M. Amrulloh*

MAM UTOMO. S

DIUNDANGKAN DALAM BERITA DAERAH  
PROPINSI JAWA TIMUR

TGL. 29-1-2007 No. 23 Th 2007 / E2

LAMPIRAN



TANGGAL : 29 JANUARI 2007

NOMOR : 188/23/KPTS/013/2007

---

## SISTEM KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR

### BAB I

#### PENDAHULUAN

##### A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Jawa Timur dilaksanakan dengan mengacu pada Undang-Undang Dasar 1945 (UUD 1945), Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah dan peraturan-perundangan lain yang berlaku, serta Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur.

Pelaksanaan pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan secara menyeluruh, terarah, merata, bermutu, terjangkau dan berkesinambungan melalui proses yang terintegrasi, didasarkan pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Ketetapan MPR RI Nomor X Tahun 1999 tentang Pokok-Pokok Reformasi Pembangunan yang mengamanatkan perlu dilakukannya pembaharuan melalui reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Undang - Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN), Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Undang- Undang Nomor 29 Tahun 2005 tentang Praktik Kedokteran Dokter dan Dokter Gigi, Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM), Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/MENKES/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 8 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Timur Tahun 2006-2008 serta Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik digunakan sebagai acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Pada dekade terakhir Provinsi Jawa Timur khususnya dan Indonesia pada umumnya menghadapi berbagai perubahan dan tantangan strategis yang mendasar, baik eksternal maupun internal yang perlu dipertimbangkan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan. Di era globalisasi, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, sistem informasi serta meningkatnya persaingan bebas, mengharuskan masyarakat Jawa Timur meningkatkan daya saing. Di sisi lain peningkatan mutu Sumber Daya Manusia (SDM) mengacu Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yang di Jawa Timur masih sangat diperlukan.

Untuk mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan, disusunlah Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) yang akan menjawab dan merespon berbagai tantangan pembangunan kesehatan di Jawa Timur, baik untuk masa kini maupun untuk masa mendatang.

#### **B. Maksud dan Tujuan**

SKP Jawa Timur ditetapkan dengan maksud memberikan landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan bagi seluruh penyelenggara pembangunan kesehatan di Provinsi Jawa Timur, Kabupaten/Kota maupun masyarakat dan dunia usaha serta pihak terkait lainnya. Tujuannya adalah agar pembangunan kesehatan dapat berhasil dan berdaya guna serta bermanfaat bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

**DATA, ANALISIS DAN KECENDERUNGAN****A. Gambaran Umum****1. Keadaan Geografi**

Secara geografis, Provinsi Jawa Timur terletak antara 7.12' – 8.48' Lintang Selatan dan 111' – 114.4' Bujur Timur, dengan batas wilayah :

- a. sebelah utara : Laut Jawa
- b. sebelah selatan : Samudra Indonesia
- c. sebelah timur : Laut Jawa dan Selat Bali
- d. sebelah barat : Provinsi Jawa Tengah

Luas Wilayah :

- a. luas daratan : 46.428,57 km<sup>2</sup>
- b. luas lautan : 110.000 km<sup>2</sup>
- c. jumlah pulau : 74 buah

**2. Wilayah Administrasi Pemerintahan, terbagi dalam :**

- a. kabupaten : 29
- b. kota : 9
- c. kecamatan : 654
- d. desa/kelurahan : 8.477

**3. Kependudukan**

Berdasarkan data Pendaftaran Pemilihan dan Pendataan Penduduk Berkelanjutan (P4B) yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) jumlah penduduk Jawa Timur Tahun 2006 sebanyak 36.612.348 jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk 0,77% dengan tingkat kepadatan penduduk 787/km<sup>2</sup>.

Jumlah penduduk miskin Jawa Timur pada Tahun 2004 sebesar 6.979.565 jiwa dan pada Tahun 2005 menjadi 10.914.516 jiwa. Pada Tahun angka ini meningkat sebanyak 12.947.484 jiwa (34,92 %) berdasar perhitungan BPS Pusat.

**4. Pendidikan Masyarakat**

Berdasarkan SUSENAS (Survei Sosial Ekonomi Nasional Tahun 2005) yang dilakukan BPS, angka buta huruf penduduk >10 tahun sebesar 12,59 % dari jumlah penduduk. Pendidikan tertinggi yang ditamatkan penduduk berumur >15 tahun pada Tahun 2005 adalah :

- a. tidak/belum pernah sekolah ( 13,73%)
- b. tidak/belum tamat SD/MI (15,51%)

- c. tamat SD/MI (31,78%)
- d. tamat SLTP Sederajat (18,37%)
- e. tamat SMU Sederajat (16,55%)
- f. tamat perguruan tinggi (4,06%)

#### 5. Budaya

Secara garis besar, masyarakat Jawa Timur terbagi menjadi 4 kelompok :

- a. budaya Surabaya/Arek
- b. budaya Pesisir
- c. budaya Kejawen/Mataraman
- d. budaya Madura

#### 6. Sosioekonomi

##### a. *Product Domestic Regional Bruto* (PDRB)

Angka PDRB Jawa Timur atas dasar harga berlaku (ADHB) selama kurun waktu lima tahun terakhir (2001-2005) adalah masing-masing Rp. 233.881.585,28 (2001), Rp. 267.157.716,58 (2002), Rp. 300.609.857,98 (2003), Rp. 341.065.251,33 (2004) dan 402.392.698,23 (2005). ( *Sumber: Data Makro Sosial dan Ekonomi Jawa Timur 2001 – 2005* )

##### b. Pertumbuhan ekonomi

Pertumbuhan ekonomi Jawa Timur atas dasar harga konstan'00 Tahun 2001 – 2005, pada Tahun 2001 sebesar 3.76%, Tahun 2002 sebesar 3.80%, Tahun 2003 sebesar 4.78%, Tahun 2004 sebesar 5.83%, Tahun 2005 sebesar 5,84%. ( *Sumber: Data Makro Sosial dan Ekonomi Jawa Timur 2001 – 2005* )

### B. Gambaran Pembangunan Kesehatan

#### 1. Sarana Kesehatan di Jawa Timur

Jumlah sarana kesehatan Tahun 2006 yang ada di Jawa Timur adalah sebagai berikut :

|                      |   |        |
|----------------------|---|--------|
| RS Umum Pemerintah   | : | 45     |
| RS Umum Swasta       | : | 58     |
| RS BUMN              | : | 11     |
| RS TNI Polri         | : | 20     |
| RS Khusus Pemerintah | : | 8      |
| RS Khusus Swasta     | : | 2      |
| Puskesmas            | : | 927    |
| Puskesmas Pembantu   | : | 2.255  |
| Puskesmas Keliling   | : | 955    |
| Posyandu             | : | 43.672 |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| Polindes  | : | 4.927 |
| Laboratorium Kesehatan Daerah                             | : | 29    |
| Laboratorium Klinik Swasta                                | : | 197   |
| Laboratorium kesehatan lingkungan                         | : | 38    |
| <b>Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan Pencegahan</b> |   |       |
| Penyakit Menular ( BBTKL PPM)                             | : | 1     |
| Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)               | : | 1     |
| Balai Kesehatan Mata Masyarakat ( BKMM)                   | : | 1     |
| Balai Materia Medica                                      | : | 1     |
| <b>Balai Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit</b>        |   |       |
| Paru (BP4)  | : | 3     |
| Apotek  | : | 1.364 |
| Gudang Farmasi  | : | 38    |
| Balai Besar Pengawasan Obat dan Makanan (POM):            |   | 1     |
| Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan (P3SKK) :       |   | 1     |
| Balai Besar Laboratorium Kesehatan (LabKes) :             |   | 1     |

**2. Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan**

**a. Jumlah tenaga kesehatan Tahun 2005 yang ada di Jawa Timur adalah sebagai berikut :**

|    |                    |   |       |       |
|----|--------------------|---|-------|-------|
| 1  | Dokter Spesialis   | : | 1,324 | orang |
| 2  | Magister Kesehatan | : | 233   | orang |
| 3  | Dokter             | : | 3,197 | orang |
| 4  | Dokter Gigi        | : | 1,057 | orang |
| 5  | Apoteker           | : | 278   | orang |
| 6  | SKM                | : | 569   | orang |
| 7  | S.Kp               | : | 210   | orang |
| 8  | Perawat (Akper)    | : | 6,009 | orang |
| 9  | Perawat (SPK)      | : | 6,996 | orang |
| 10 | Bidan              | : | 8,235 | orang |
| 11 | Sanitarian         | : | 602   | orang |
| 12 | Paramedis lain     | : | 7,304 | orang |

**b. Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan :**

|                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
| Fakultas Kedokteran (FK)            | : | 6 |
| Fakultas Kedokteran Gigi (FKG)      | : | 3 |
| Fakultas Farmasi (FF)               | : | 3 |
| Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) | : | 1 |



|   |   |    |
|---|---|----|
| Akademi Perawat (AKPER)                     | : | 49 |
| Akademi Kebidanan (AKBID)                   | : | 22 |
| Akademi Kesehatan Lingkungan (AKL)          | : | 3  |
| Akademi Analisis Kesehatan (AKK)            | : | 5  |
| Akademi Gizi (AKZI)                         | : | 1  |
| Akademi Kesehatan Gigi (AKG)                | : | 1  |
| Akademi Teknik Elektro Medik (ATEM)         | : | 1  |
| Akademi Farmasi & Makanan (AKFARMA)         | : | 3  |
| Akademi Farmasi (AKFAR)                     | : | 2  |
| Akademi Refraksi Optisi (ARO)               | : | 1  |
| Akademi Teknis Gizi (ATG)                   | : | 1  |
| Akademi Fisioterapi (AKFIS)                 | : | 1  |
| Akademi Perkam Informasi Kesehatan (APIKES) | : | 1  |
| Akupunktur                                  | : | 2  |
| Sekolah Menengah Farmasi (SMF)              | : | 5  |
| Sekolah Menengah Analisis Kesehatan (SMAK)  | : | 1  |
| Sekolah Pengatur Rawat Gigi (SPRG)          | : | 1  |

### 3. Program Kesehatan

#### a. Upaya Kesehatan

Pada hakekatnya Pelayanan Kesehatan di Jawa Timur belum menyeluruh, merata, bermutu dan terjangkau secara berkesinambungan, karena pelayanan kesehatan yang diberikan belum memenuhi harapan dan tuntutan masyarakat. Disamping itu pelayanan kesehatan belum menjangkau seluruh lapisan masyarakat karena penyebarluasan tenaga kesehatan yang belum merata, serta peralatan kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan lainnya masih belum mencukupi. Dilain pihak upaya kesehatan yang kompleks belum sepenuhnya mempertimbangkan pola lingkungan, pembiayaan dan manajemen yang berpengaruh pada pembangunan kesehatan.

Puskesmas sebagai penanggung jawab dan pelaksana upaya kesehatan masyarakat strata pertama di wilayah kerjanya yang terdepan mempunyai beban yang berat dalam melaksanakan fungsinya. Puskesmas yang di tahun 2006 berjumlah 927, masih belum mencukupi dibanding dengan jumlah penduduk sesuai konsep wilayah (1 puskesmas untuk 30.000 penduduk), sehingga masih diperlukan sekitar 200 puskesmas untuk Jawa Timur.

Jawa Timur merupakan daerah yang rawan dengan berbagai jenis bencana baik bencana karena alam ( banjir, tanah longsor, gunung

meletus, kekeringan, luapan lumpur panas, dan lain - lain) maupun bencana yang ditimbulkan karena manusia ( kecelakaan lalu lintas, kebakaran, ledakan pabrik, dan lain - lain). Pada Tahun 2005 terjadi 90 kejadian bencana dengan korban 11 orang meninggal dunia dan 1 luka - luka. Sedangkan pada Tahun 2006 terjadi 15 kejadian bencana dengan korban meninggal sebanyak 103 orang dan 66 luka - luka. Jumlah korban yang banyak karena terseret banjir bandang.

Masih tingginya korban yang luka maupun meninggal akibat kejadian bencana, secara umum menunjukkan kurang optimalnya sistem manajemen penanganan bencana. Walaupun beberapa Kabupaten/Kota telah mempunyai Tim Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan yang merupakan bagian Tim Satlak di Kabupaten/Kota, namun dalam implementasinya masih belum optimal.

Indikator keberhasilan derajat kesehatan masyarakat masih belum menggembirakan. Hal ini berdasarkan data Sensus Tahun 2000 dan Susenas Tahun 2000, bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) 168 per 100.000 Kelahiran Hidup, dan Angka Kematian Bayi (AKB) 34 per 1000 Kelahiran Hidup dan Umur Harapan Hidup (UHH) 68,47 Tahun. (BPS 2005). Hal ini sangat dipengaruhi oleh Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Kegawatdaruratan (UKKD). Pelayanan kesehatan ibu dan anak serta Keluarga Berencana (KB) belum mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM). Persentase Pemeriksaan Ibu Hamil Empat Kali (K4) 79,45% (Tahun 2005) ; Persalinan Nakes sebesar 86.10% (Tahun 2005); Kunjungan Neonatal Tiga Kali (KN2) sebesar 87,61% (Tahun 2005); Peserta KB Baru sebesar 70.15% (Tahun 2005). Masalah gizi buruk masih cukup banyak sekitar 2,2 % pada balita, sedangkan anemia gizi terjadi sekitar 29,9 % ibu hamil. Jawa Timur juga masih mempunyai masalah Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) dengan *Total Goiter Rate* (TGR) 16,3 % pada tahun 1999 dan meningkat menjadi 25,5 % Tahun 2004. Kekurangan vitamin A dikhawatirkan juga masih menjadi masalah walaupun belum tersedia data terbaru yang mendukung. Oleh karena itu masih diperlukan kegiatan terobosan dengan memberdayakan masyarakat dan pelatihan teknis bagi petugas kesehatan di lapangan.

Sampai Tahun 2005, *Universal Child Immunization* (UCI) desa baru mencapai 40,4% sehingga masih ada kantong-kantong yang rawan untuk terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Disamping itu dengan semakin meningkatnya penggunaan vaksin untuk imunisasi, kemungkinan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) juga meningkat. Ditemukannya vaksin beku di lapangan

merupakan indikator bahwa kualitas dan potensi vaksin masih memerlukan perhatian yang serius.

KLB penyakit maupun keracunan makanan masih sering terjadi di Jawa Timur dan baru sekitar 60% yang dilaporkan ke Provinsi. Dengan lemahnya Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) di Kabupaten/Kota dikhawatirkan KLB yang terjadi tidak dapat segera terdeteksi dan ditanggulangi dengan benar.

Pada beberapa tahun terakhir ini telah terjadi transisi epidemiologi pola penyakit di masyarakat, penyakit infeksi yang berbasis lingkungan seperti Tuberkulosis (TB), Malaria, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), Diare, Kusta, Demam Berdarah Dengue (DBD), Chikungunya dan lainnya belum tuntas dapat ditanggulangi, penyakit non-infeksi seperti Hipertensi, Stroke, Diabetes Mellitus (DM), Jantung, dan lainnya cenderung meningkat dengan cepat, ditambah dengan munculnya penyakit-penyakit infeksi seperti SARS, Flu Burung, Anthrax dan lain-lain. Hal ini akan memberi beban ganda bagi pemerintah dan masyarakat untuk mencegah dan menanggulangnya.

Terjadi peningkatan *insiden rate* penyakit DBD dari 12,01 per 100.000 penduduk pada Tahun 2003 menjadi 23,50 per 100.000 penduduk pada tahun 2004 dan pada Tahun 2005 menjadi 43,06 per 100.000 penduduk. Salah satu penyebabnya adalah kepadatan vektor penular masih cukup tinggi, dan gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) masih belum memasyarakat. Pada awal tahun 2004 Gubernur Jawa Timur mencanangkan pembentukan Juru Pemantau Jentik (*jumantik*) di seluruh wilayah Jawa Timur sebagai upaya terobosan untuk melakukan kewaspadaan dini terjadinya peningkatan jumlah penderita DBD pada masa mendatang.

Provinsi Jawa Timur merupakan urutan ke dua untuk kasus HIV/AIDS (*Human Immuno Defisiensi Virus/Acquired Immuno Defisiensi Syndroms*) di Indonesia dan diperkirakan ada 17 sampai 44 ribu kasus HIV. Di 12 Kabupaten/Kota sudah masuk ke level konsentrasi, sehingga penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS harus lebih ditingkatkan dan diperluas jangkauan programnya. Dari kasus AIDS yang dilaporkan 55% ber faktor risiko pengguna narkoba suntik (*penasun*).

Masalah kesehatan lingkungan yang sangat mendasar antara lain pada Tahun 2005 pemanfaatan air bersih yang sehat masih berkisar 87,5% dan penggunaan jamban masih sekitar 59,5%, sedangkan pencemaran udara dan kebisingan di permukiman cenderung meningkat. Disamping itu pembuangan limbah industri yang tidak terkontrol terhadap badan air menyebabkan terjadinya akumulasi logam-logam berat yang terkandung di dalamnya.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai penanggungjawab Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) strata kedua telah banyak mengembangkan puskesmas rawat inap sebagai sarana rujukan dan puskesmas spesifik sesuai spesifikasi yang ada di wilayah kerja seperti puskesmas nelayan, puskesmas jalan raya dan lain-lain.

Penyelenggaraan upaya kesehatan di wilayah Kabupaten/Kota direncanakan, dikendalikan, diawasi dan dipertanggung jawabkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Banyak pedoman dan produk hukum tentang penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat yang telah disusun dan dipergunakan sebagai petunjuk teknis atau acuan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di Kabupaten/Kota antara lain Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 27 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2004 tentang HIV/AIDS.

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) strata pertama tersebar sampai ke pelosok, mulai dari pelayanan pengobatan tradisional, praktik bidan, praktik perawat, praktik dokter / dokter gigi, puskesmas, dan lain-lain.

Pemanfaatan Rumah Sakit (RS) sebagai UKP strata kedua seperti RS pemerintah, swasta, TNI/POLRI dan BUMN masih belum optimal ( rata-rata BOR sebesar 54,77% ) karena pelayanan yang diberikan belum memadai. Disisi lain diperlukan adanya bentuk pelayanan unggulan sebagai pusat rujukan UKP strata ke tiga karena adanya kecenderungan meningkatnya penyakit degeneratif (jantung, hipertensi, diabetes, dan lainnya)

Berdasarkan standar klasifikasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit telah ditetapkan klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat yang terdiri dari Upaya Pelayanan Gawat Darurat Dasar, Pratama, Madya dan Utama yang nantinya akan sangat berguna untuk menentukan klasifikasi unit pelayanan gawat darurat rumah sakit di Provinsi Jawa Timur, sehingga akan didapatkan pemetaan klasifikasi pelayanan gawat darurat yang memudahkan pola/sistem rujukan kasus gawat darurat. Disamping itu telah dikembangkan Desa Siaga, yang merupakan desa yang memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan bencana secara mandiri dalam rangka mewujudkan Desa Sehat. Dengan adanya Desa Sehat semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dan kader dilatih untuk melakukan tindakan kegawatdaruratan bencana serta akhir tahun 2006 Jawa Timur mempunyai tugas mengembangkan 5.000 Desa Siaga yang terbagi dalam berbagai tingkatan mulai Bina, Tumbuh, Kembang dan Paripurna.



## b. Pembiayaan Kesehatan

Penggalian dana sektor kesehatan diperoleh dari sumber dana APBD, APBN atau sumber lain. Dana yang bersumber dari APBD Provinsi Tahun 2006 untuk kesehatan sebesar Rp. 170.332.933.000,00 atau sekitar 6,96 % dari total APBD Provinsi Tahun 2006 ( Rp. 2.448.712.621.974,00 ). APBD Provinsi untuk kesehatan tersebut lebih rendah dibandingkan dengan APBN sebesar Rp 412.858.622.000,00. Sedangkan data total APBD Tahun 2006 di 38 Kabupaten/Kota kurang lebih Rp 250.000.000.000,00.

Pada umumnya anggaran tersebut digunakan untuk mendukung pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota secara langsung maupun tidak langsung. Namun permasalahannya adalah mekanisme perencanaan melalui sistem musrenbang belum sepenuhnya dapat mensinergikan antara APBN dan APBD sehingga relatif belum sinkron atau belum saling mendukung satu sama lain sehingga dalam pemanfaatannya kemungkinan terjadi tumpang tindih antar kegiatan.

Pembiayaan kesehatan dari masyarakat dan perorangan termasuk swasta sampai dengan saat ini cukup besar, namun belum dapat teridentifikasi secara jelas sehingga kontribusinya dalam pembangunan kesehatan belum dapat diperhitungkan secara kuantitatif.

Pengalokasian dana dari pemerintah belum sepenuhnya mengacu kepada kebijakan atau kesepakatan yang berlaku. Sebagai contoh anggaran tersebut lebih diprioritaskan untuk upaya kuratif yang tidak sesuai dengan Paradigma Sehat dan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Disamping itu anggaran yang ada cenderung untuk pembelanjaan upaya yang bersifat investasi dan operasional, namun belum memperhitungkan biaya pemeliharaan.

Komitmen nasional maupun daerah untuk pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin perlu diprioritaskan, dan pada Tahun 2006 alokasi dari pusat relatif meningkat dibanding tahun sebelumnya. Kebijakan nasional telah membebaskan biaya pengobatan di rawat jalan dan perawatan di kelas III rumah sakit serta di puskesmas. Disamping itu sejak semester II Tahun 2005 telah dialokasikan biaya untuk operasional puskesmas meskipun masih relatif kecil serta alokasi dana untuk *safeguarding* dari Program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN).

Saat ini di Jawa Timur selain PT. ASKES Persero, Jamsostek, ASABRI dan Taspen yang pembentukannya berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) terdapat 5 Badan Pelaksana (Bapel) berizin Departemen Kesehatan dan PraBapel yang telah menyelenggarakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Namun saat ini alokasinya masih relatif kecil. Masyarakat yang ikut dalam jaminan pemeliharaan kesehatan masih sangat



terbatas atau sekitar 32% di Jawa Timur dimana sebagian besar adalah masyarakat miskin yang dijamin pemerintah.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, perubahan pola penyakit dan mobilitas penduduk akan berdampak pada peningkatan pembiayaan kesehatan. Disamping itu peningkatan angka kesakitan terutama penyakit menular antara lain TBC, DBD, HIV/AIDS belum dapat dikendalikan dengan baik. Hal ini akan mengakibatkan meningkatnya beban pembiayaan pemerintah dan masyarakat. Disamping itu pembangunan berwawasan kesehatan belum sepenuhnya dilaksanakan karena belum memperhitungkan risiko terhadap lingkungan maupun kesehatan yang pada akhirnya juga akan meningkatkan pembiayaan kesehatan.

Secara geografis Jawa Timur merupakan daerah rawan bencana dan rawan kecelakaan. Sampai saat ini pembelanjaan untuk upaya kesehatan kegawatdarutan belum terencana dan terkoordinasi dengan baik, sehingga mempengaruhi pembelanjaan lain yang sudah direncanakan.

Pembiayaan peningkatan sumberdaya manusia, penyediaan obat dan perbekalan kesehatan dan subsistem lain sebagai pendukung utama dalam upaya kesehatan belum mencukupi.

**c. Sumberdaya Manusia Kesehatan**

Perencanaan ketenagagaan merupakan upaya cermat untuk mengidentifikasi kebutuhan komposisi tenaga kesehatan, namun saat ini belum dapat dilaksanakan sesuai dengan standar kebutuhan pembangunan kesehatan, karena belum adanya sistem informasi manajemen SDM Kesehatan yang memadai. Hal ini disebabkan masih lemahnya koordinasi dalam pengelolaan data SDM Kesehatan antara Provinsi, Kabupaten/Kota, institusi pendidikan serta organisasi profesi.

Institusi pendidikan tenaga kesehatan di Jawa Timur saat ini jumlah dan jenisnya belum berorientasi pada kebutuhan pembangunan kesehatan, sehingga jumlah kelulusan tenaga kesehatan jenis tertentu lebih banyak / kurang dibanding dengan kebutuhan yang berakibat menumpuknya kelulusan dan disisi lain kekurangan tenaga kesehatan.

Penyerapan lulusan pendidikan tenaga kesehatan masih rendah, karena lemahnya kemampuan daya serap pasar dalam negeri, sedangkan pengiriman dan pemanfaatan tenaga kesehatan ke luar negeri belum memenuhi standar kompetensi negara tujuan. Untuk mengatasi hal ini perlu adanya pengaturan dan koordinasi yang lebih intensif tentang pendirian dan peningkatan kualitas institusi pendidikan tenaga kesehatan dengan pihak-pihak terkait. Adanya kompetisi dalam era pasar bebas sebagai akibat dari globalisasi harus diantisipasi dengan peningkatan mutu dan

profesionalisme. SDM Kesehatan dan menerapkan Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK).

Pendayagunaan SDM kesehatan belum sesuai dengan kebutuhan, hal ini disebabkan karena keterbatasan pemerintah dalam mengangkat SDM Kesehatan baik dalam hal jumlah maupun jenis sebagai PNS Kesehatan, Pegawai Tidak Tetap (PTT). Sedangkan penempatan tenaga kesehatan di daerah-daerah tertentu belum merata dalam jumlah, jenis dan kualifikasi yang dibutuhkan. Sebagai contoh, di Kabupaten Sampang 1 tenaga medis melayani 14.285 penduduk, sedangkan di Kota Madiun 1 tenaga medis melayani 2.857 penduduk.

Pemanfaatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan belum sepenuhnya sesuai dengan latar belakang pendidikannya, sehingga perlu penataan kembali pemanfaatan tenaga kesehatan sesuai dengan fungsinya.

Kebijakan peningkatan karier SDM Kesehatan dikelompokkan per sasaran karier, jalur karier, perencanaan karier, pengembangan karier. Adapun jalur karier perlu dikembangkan secara optimal antara lain melalui jalur swasta atau pengangkatan dalam jabatan fungsional. Sedangkan untuk efisiensi yang memacu penampilan kerja SDM Kesehatan diperlukan sistem pengembangan karier yang merangsang kompetisi yang sehat dan rasa keadilan yang terbuka.

Penempatan, pembinaan, pengawasan SDM Kesehatan di sektor swasta pada saat ini belum optimal, disebabkan karena masih lemahnya sistem yang mengatur dan tim yang menangani.

**d. Obat dan Perbekalan Kesehatan**

Pada era otonomi daerah, pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan yang semula menjadi tanggung jawab dan kewenangan Gudang Farmasi Kabupaten/Kota (GFK) dengan tenaga yang berkompetensi dan profesional, menjadi tidak menentu dan beragam bentuknya. Pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan yang saat ini ditangani Kabupaten/Kota secara langsung belum didukung tenaga yang sesuai dan belum terkoordinasi.

Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) belum ditindaklanjuti dengan Daftar Obat Esensial Provinsi (DOEP) sebagai pedoman dalam pengadaan obat esensial Kabupaten/Kota.

Tingkat ketersediaan obat pada Tahun 2005 sudah tercapai 89,58% dari target SPM 100%. Pengadaan obat esensial pada Tahun 2005 sebesar 91,30% dari target 100%. Pengadaan obat generik Tahun 2005 mencapai 86,21% dari target 100%. Pelayanan penggunaan obat generik di sarana pelayanan kesehatan pemerintah Tahun 2005 sebesar 63,64% dari target 90%. Hal tersebut belum memenuhi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

085 Tahun 1989 tentang Kewajiban Menulis Resep dan atau Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah.

Obat dan perbekalan kesehatan yang telah rusak, kadaluwarsa dan tidak layak dikonsumsi pada Tahun 2004 telah dimusnahkan sebanyak 54 item dari 77 item yang ada di gudang Provinsi.

Produsen obat dan perbekalan kesehatan dalam pendistribusiannya kepada konsumen masih ada yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan penatalaksanaan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan yang meliputi tatacara, sarana dan prasarana penunjang belum terkoordinasi antara pemerintah Provinsi dengan Kabupaten/Kota.

Pengawasan dan pengamanan mutu obat dan perbekalan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, organisasi profesi, dan masyarakat belum optimal serta terjadi tumpang tindih kewenangan antara Balai Besar Pengawas Obat dan Makanan dengan pemerintah Provinsi.

Pelayanan obat belum sepenuhnya mengacu pada Penggunaan Obat Secara Rasional (POSR) yang diikuti dengan komunikasi informasi dan edukasi.

Kasus keracunan obat, perbekalan kesehatan dan makanan yang terjadi pada Tahun 2004 terjadi 41 kasus dengan jumlah korban 1.503 orang. Pada Tahun 2005 terjadi 40 kasus dengan jumlah penderita 963 orang. Masyarakat sampai saat ini belum memanfaatkan pelayanan Sentra Informasi Keracunan (SIKer) secara optimal.

Penyalahgunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif (Napza) lainnya merupakan masalah nasional yang menimbulkan kerugian di segala bidang termasuk kesehatan. Di Jawa Timur dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan secara terpadu dengan melibatkan berbagai unsur.

Penyuluhan dalam rangka Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Napza (P3-Napza) berbasis masyarakat dalam SPM ditargetkan sebesar 15%, pada Tahun 2005 dicapai 9,19%. Pencegahan kebocoran peredaran narkotika psikotropika sesuai dengan peraturan perundang-undangan melalui program Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika (SIPNAP).

Budidaya dan pemanfaatan obat asli Indonesia belum dikembangkan secara optimal. Kerja sama pengembangan dan pemanfaatan obat asli Indonesia telah dilakukan melalui suatu program penelitian dan pengembangan dengan melibatkan berbagai unsur terkait, antara lain Balai Materia Medika, Sentra Penelitian Pengembangan Pengobatan Tradisional (Sentra P3T), perguruan tinggi, pihak swasta dan peran serta masyarakat.

Penyimpanan obat dan perbekalan kesehatan masih didapati bercampur dengan perbekalan perkantoran dan bukan pada gudang khusus, serta belum dikelola oleh tenaga yang berkompeten dan profesional.

Masyarakat yang memanfaatkan SIKer untuk memperoleh informasi tentang efek samping dan keracunan obat, perbekalan kesehatan serta makanan, untuk itu pada Tahun 2005 masyarakat menyampaikan 26 pertanyaan dan Tahun 2006 sebanyak 34 pertanyaan.

e. **Pemberdayaan Masyarakat**

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Jawa Timur tidak terlepas dari partisipasi masyarakat. Untuk itu, berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat banyak tumbuh dan berkembang, antara lain Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) pada Tahun 2005 berjumlah 43.672 buah yang berarti rata-rata 1 posyandu melayani 800 penduduk, dari rasio ideal 1 posyandu untuk 750 penduduk. Strata posyandu terbanyak adalah tingkat madya (41,63%). Sedangkan posyandu purnama mandiri kini mencapai 27,79%.

Kader sebagai penggerak posyandu saat ini juga makin menurun jumlahnya. Saat ini rata-rata rasio kader aktif terhadap posyandu adalah 4,35 orang yang idealnya 1 Posyandu dikelola 5 orang kader. Sedangkan rasio kader terhadap sasaran posyandu adalah 1 : 184 seharusnya seorang kader membina 150 jiwa.

Selain itu pada tahun 2005 terdapat 4.647 Pondok Bersalin Desa (Polindes), hal ini berarti telah memenuhi 58,11% dari jumlah desa di Jawa Timur. Walaupun secara kuantitatif jumlah Polindes tersebut sudah mencukupi, secara kualitatif kondisinya belum seluruhnya memenuhi syarat sebagai tempat pertolongan persalinan. Hal ini tergambar dari tingkat perkembangan polindes yang terbanyak masih pada tingkat pratama sebesar 51,88%. Pemenuhan prasarana-sarana Polindes sesuai standar secara bertahap dilakukan dengan dana APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, Kas Desa dan sebagian dari upaya mandiri dari Bidan di desa.

Pada saat Hari Kesehatan Nasional Tahun 2006, Provinsi Jawa Timur telah mulai mengembangkan 5.000 desa siaga yang merupakan wujud kepedulian-kesiapsiagaan masyarakat dalam menanggapi masalah terkait kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan yang lain.

Untuk mendukung upaya pengobatan tradisional di masyarakat hingga Tahun 2005 telah ada 24.492 pengobat tradisional yang tercatat, di mana pada Tahun 2004 hanya tercatat 22.715 orang. Dengan demikian



rasio pengobat tradisional dibanding penduduk adalah 1 : 1.498. Pengobat tradisional terbanyak yang tercatat adalah jamu gendong sebanyak 6.605 orang (27,77%). Terdapat 3.136 toga percontohan di desa (37,02%) dari seluruh desa di Jawa Timur tidak ada perbedaan dibandingkan tahun sebelumnya (39,13%). Hal ini menunjukkan meningkatnya partisipasi masyarakat dalam upaya kesehatan secara tradisional.

Hasil survei Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan 10 indikator sesuai SPM (Standar Pelayanan Minimal) menunjukkan 1,78% Rumah Tangga Sehat (Tahun 2004), sedangkan pada Tahun 2005 meningkat menjadi 7% dan pada Tahun 2006 meningkat menjadi 12,2%.

Pembinaan Kader Generasi Muda melalui gerakan Pramuka Satuan Karya Bakti Husada (SBH) pada Tahun 2005 telah berkembang di 293 Kecamatan atau kuartir ranting. Jumlah tersebut merupakan 44,8% dari Kecamatan di Jawa Timur. Adapun jumlah anggotanya sebanyak 24.280 orang atau rata-rata 83 orang di tiap-tiap kuartir ranting. Kegiatan SBH ini utamanya di daerah rural/pedesaan telah secara nyata memberikan sumbangan bagi keberhasilan pembinaan generasi muda di bidang kesehatan.

Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK) baru mencapai 412 buah pada Tahun 2005 dengan jumlah kelompok sebanyak 17.279 dari jumlah pekerja 353.477 orang. Hal tersebut menggambarkan rata-rata pekerja dalam satu kelompok berjumlah 20 orang yang idealnya maksimal 15 orang. Intensitas pembinaan UKK masih dibutuhkan karena masih rendahnya pemahaman masyarakat pekerja terhadap upaya promotif dan preventif kesehatan.

Dalam memberikan pelayanan kepada para santri di pondok pesantren, pada Tahun 2005 telah terbentuk 826 Pos Kesehatan Pesantren (20.2%) dari 4.075 ponpes yang tercatat di Dinas Kesehatan se-Jawa Timur dimana sebagian dikelola oleh dokter. Selain itu juga telah dikembangkan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) yang menjadi pusat upaya – upaya kesehatan di pondok pesantren dengan didukung para Santri Husada.

Kepesertaan dana sehat sebagai wujud keberdayaan masyarakat dalam kemandirian pembiayaan kesehatan Tahun 2005 telah diikuti oleh 1.110.984 jiwa. Gambaran ini menunjukkan masih rendahnya pemahaman, keberdayaan masyarakat dalam penerapan JPKM.

Seiring dengan perkembangan pembangunan di Jawa Timur Tahun 2005 telah tumbuh 203 Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak di bidang kesehatan serta berbagai yayasan peduli kesehatan seperti Yayasan Kanker Indonesia, Yayasan Jantung Indonesia, Koalisi Jawa Timur Sehat, Kelompok Peduli Diabetes, Kelompok Peduli Kanker,



ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga  
Waria Peduli HIV/ AIDS, Forum Kesehatan Reproduksi serta berbagai kelompok peduli lainnya yang kini mulai berkembang di Jawa Timur.

Dalam rangka mempercepat tercapainya Indonesia Sehat pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dalam berbagai bentuk gerakan seperti: Gerdunas TB, Gerakan PSN dengan Jumantiknya, Gerakan Sayang Ibu (GSI) dengan 52,62% kecamatan Sayang Ibu yang berpredikat madya, Aliansi Pita Putih (Kesehatan Ibu), BPNA (Badan Penanggulangan Narkotika dan AIDS), Forum Kabupaten / Kota Sehat dan lain sebagainya.

Jaringan kemitraan antara sektor pemerintah, organisasi profesi, LSM, swasta dan dunia usaha belum dikembangkan secara optimal, baru terbatas pada penyampaian informasi, belum ada keterpaduan dalam mencapai tujuan yaitu derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Salah satu kendala yang banyak mempengaruhi terhadap belum optimalnya pemberdayaan masyarakat adalah lemahnya tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Saat ini di setiap jenjang pelayanan kesehatan dan administrasi tugas ini dijalankan secara rangkap oleh petugas yang tidak memiliki kompetensi standar.

**f. Manajemen Kesehatan**

Kebijakan desentralisasi memberikan kewenangan kepada daerah untuk menyusun perencanaan daerah sedangkan Provinsi berfungsi sebagai fasilitator. Perencanaan sangat penting artinya untuk suatu keberhasilan pembangunan kesehatan, namun saat ini belum terkoordinasi dan tersinkronisasi dengan baik. Pada kenyataannya perencanaan belum sepenuhnya terpadu dan mengacu kepada kebijakan yang berlaku dan kebutuhan spesifik daerah. Pencapaian kinerja pembangunan kesehatan pelaksanaan dan pengendaliannya belum mengacu pada perencanaan yang telah disusun dan SPM Kesehatan Kabupaten/Kota.

Laporan dari masing-masing Kabupaten/Kota belum semuanya dapat dipenuhi, secara kuantitas maupun kualitas karena dalam era desentralisasi tidak ada kewajiban Kabupaten/Kota untuk menyampaikan laporan ke Dinas Kesehatan Provinsi.

Pengawasan Melekat (Waskat), Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP), sebagai bagian pertanggungjawaban pembangunan kesehatan belum dilakukan secara optimal.

Sistem informasi kesehatan masih terfragmentasi dan identik dengan pencatatan dan pelaporan, dimana banyak sekali format pencatatan dan pelaporan yang harus dikerjakan oleh puskesmas dan rumah sakit. Profil kesehatan Kabupaten/Kota maupun Provinsi sudah berjalan sejak Tahun

1990, namun belum dimanfaatkan secara maksimal sebagai dasar pengambilan keputusan. Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2003 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Pengembangan *E-Government* untuk mendukung upaya pemanfaatan teknologi informasi diharapkan dapat meningkatkan efisiensi, efektivitas, transparansi, serta akuntabilitas penyelenggaraan pemerintahan. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 36 Tahun 2003 tentang Penyelenggaraan Sistem Informasi dan Telematika Provinsi Jawa Timur adalah upaya untuk mempercepat pengembangan sistem informasi berbasis komputer. Dinas Kesehatan Provinsi sedang mengembangkan jaringan sistem informasi internal maupun eksternal melalui teknologi informasi (*file transfer protokol, Website, LAN*) dan penetapan perangkat data minimal pada setiap jenjang administrasi.

Penelitian dan pengembangan iptek belum dilaksanakan secara optimal dan hasilnya belum dimanfaatkan untuk perencanaan pengembangan program, karena penelitian dan pengembangan kesehatan dilakukan oleh berbagai program dan sektor yang belum terkoordinasi. Disamping itu pengelolaan dan penyebarluasan hasil penelitian masih terbatas, karena terbatasnya sumber daya sehingga sulit diakses oleh pihak yang membutuhkan.

Kebijakan otonomi daerah berakibat adanya perubahan kewenangan daerah di bidang kesehatan, sehingga memerlukan penyesuaian produk hukum daerah (Peraturan Daerah) untuk mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Adanya kecenderungan gugatan dan tuntutan hukum berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, karena belum dilakukan penyuluhan di bidang hukum kesehatan yang memadai. Ketidaksesuaian produk hukum daerah di bidang kesehatan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dapat diakibatkan karena belum adanya jaringan informasi dan dokumentasi hukum bidang kesehatan yang dapat digunakan sebagai rujukan dalam penyusunan produk hukum di bidang kesehatan.

Penegakan hukum di bidang kesehatan belum dapat dilaksanakan secara optimal, karena belum berfungsinya peran Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS) dan belum adanya badan khusus yang menangani.

## **POKOK-POKOK SISTEM KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

### **A. Pengertian Sistem Kesehatan Provinsi**

SKP Jawa Timur adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya pemerintah, masyarakat, dan swasta di Jawa Timur yang terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

SKP menguraikan secara spesifik unsur-unsur upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, SDM Kesehatan, sumber daya obat, perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, serta manajemen kesehatan sesuai dengan potensi dan kondisi daerah.

### **B. Landasan Sistem Kesehatan Provinsi**

SKP merupakan bagian dari pembangunan nasional, dengan demikian landasan SKP adalah sama dengan landasan pembangunan nasional. Secara lebih spesifik, landasan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Landasan idiil yaitu Pancasila
2. Landasan Konstitusional yaitu UUD 1945
  - a. Pasal 28 A ; setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya.
  - b. Pasal 28 B ayat (2); setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang.
  - c. Pasal 28 C 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.
  - d. Pasal 28 H 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 dan ayat ( 3 ); setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.
  - e. 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 ayat (3); negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak .

### 3. Landasan operasional :

- a. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan ;
- b. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ;
- c. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2005 tentang Praktik Kedokteran Dokter dan Dokter Gigi ;
- d. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/MENKES/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional ;
- e. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 37 Tahun 2000 tentang Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur ;
- f. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 23 Tahun 2002 tentang Rumah Sakit Provinsi ;
- g. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik.

### C. Prinsip Dasar Sistem Kesehatan Provinsi

Prinsip dasar SKP adalah norma, nilai, dan aturan pokok yang bersumber pada falsafah dan budaya bangsa Indonesia, yang digunakan sebagai acuan berpikir dan bertindak dalam penyelenggaraan SKP. Prinsip-prinsip dasar tersebut meliputi :

#### 1. Perikemanusiaan

Penyelenggaraan SKP berdasarkan pada perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan, dan dikendalikan oleh keimanan dan ketakwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Terbaikannya pemenuhan kebutuhan kesehatan adalah bertentangan dengan prinsip kemanusiaan. Tenaga kesehatan dituntut untuk tidak diskriminatif serta selalu menerapkan prinsip-prinsip perikemanusiaan dan menyelenggarakan upaya kesehatan.

#### 2. Hak Asasi Manusia

Penyelenggaraan SKP berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap orang adalah salah satu hak asasi manusia tanpa membedakan suku, golongan, agama, dan status sosial ekonomi. Setiap anak berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

#### 3. Adil dan Merata

Penyelenggaraan SKP berdasarkan pada prinsip adil dan merata. Dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, perlu diselenggarakan upaya kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat secara adil dan merata, baik geografis maupun ekonomis.



#### 4. Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat

Penyelenggaraan SKP berdasarkan pada prinsip pemberdayaan dan kemandirian masyarakat. Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan harus berdasarkan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri, kepribadian bangsa, semangat solidaritas sosial, dan gotong royong.

#### 5. Kemitraan

Penyelenggaraan SKP berdasarkan pada prinsip kemitraan. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta, dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki. Kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat termasuk swasta serta kerja sama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan diwujudkan dalam suatu jaringan yang berhasil guna dan berdaya guna agar diperoleh sinergi yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang se tinggi - tingginya.

#### 6. Pengutamaan dan Manfaat

Penyelenggaraan SKP berdasarkan pada prinsip pengutamaan dan manfaat. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan lebih mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan maupun golongan. Upaya kesehatan yang bermutu dilaksanakan dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara berhasil guna dan berdaya guna, dengan mengutamakan upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat beserta lingkungannya.

#### 7. Tata Pemerintahan yang Baik

Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, transparan, rasional, profesional, serta bertanggung jawab.

### D. Tujuan Sistem Kesehatan Provinsi

Tujuan SKP adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna, sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.



**E. Kedudukan Sistem Kesehatan Provinsi**

1. Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) merupakan infrasistem dari SKN, bersama dengan berbagai sistem lain yang ada di Jawa Timur, diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat Jawa Timur.
2. SKP merupakan acuan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota (SKK). SKK perlu dikembangkan untuk menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota. Dalam kaitan ini kedudukan SKP merupakan suprasistem dari SKK.

**F. Kedudukan SKP terhadap berbagai Sistem Kemasyarakatan termasuk Swasta**

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan sistem nilai dan budaya masyarakat yang secara bersama terhimpun dalam berbagai sistem kemasyarakatan. Di pihak lain, berbagai sistem kemasyarakatan merupakan bagian integral yang membentuk SKP. Dalam kaitan ini SKP merupakan bagian dari sistem-sistem kemasyarakatan yang digunakan sebagai acuan dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat serta peran aktif masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan. Sebaliknya, sistem nilai dan budaya yang hidup di masyarakat harus mendapat perhatian dalam SKP.

Keberhasilan pembangunan kesehatan juga ditentukan oleh peran aktif swasta. Dalam kaitan ini potensi swasta merupakan bagian integral dari SKP. Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, perlu digalang kemitraan yang setara, transparan, dan saling menguntungkan dengan berbagai potensi swasta. SKP harus dapat mewarnai potensi swasta sehingga sejalan dengan tujuan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan.

**G. Subsistem SKP**

Subsistem pertama SKP adalah upaya kesehatan yang terdiri dari berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi yang ada untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan tersebut memerlukan dukungan dana, SDM, sumber daya obat, dan perbekalan kesehatan.

Dukungan dana sangat berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan yang semakin penting dalam menentukan kinerja SKP. Mengingat kompleksnya pembiayaan kesehatan, pembiayaan kesehatan merupakan subsistem kedua SKP.

Sebagai upaya pelaksana kesehatan diperlukan sumber daya manusia yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya sesuai dengan tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu SDM Kesehatan juga

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga  
sangat penting dalam meningkatkan kinerja SKP dan merupakan subsistem ketiga SKP.

Sumber daya kesehatan lainnya yang penting dalam menentukan kinerja SKP adalah sumber daya obat dan perbekalan kesehatan. Permasalahan obat dan perbekalan kesehatan sangat kompleks karena menyangkut aspek mutu, harga, khasiat, keamanan, ketersediaan, dan keterjangkauan bagi konsumen kesehatan. Oleh karena itu, obat dan perbekalan kesehatan merupakan subsistem ke empat SKP.

Selanjutnya, SKP akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai objek pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai perilaku pembangunan kesehatan. Sehubungan dengan itu, pemberdayaan masyarakat merupakan subsistem kelima SKP.

Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, sinkronisasi serta penyerasian upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat. Oleh karena itu, manajemen kesehatan merupakan subsistem ke enam SKP.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa SKP terdiri atas enam subsistem, yakni :

1. Subsistem Upaya Kesehatan
2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan
3. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan
4. Subsistem Obat dan Perbekalan Kesehatan
5. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat
6. Subsistem Manajemen Kesehatan .