**BAB 1**

**SIFAT dan JENIS KEBIJAKAN**

* 1. **Pengertian Kebijakan**

Kebijakan (*policy*) secara etimologis berasal dari kata polis dalam bahasa Yunani (Greek), yang berarti negara-kota. Dalam bahasa latin kata ini menjadi *politia*, artinya negara. Masuk kedalam bahasa Inggris lama, kata tersebut menjadi *policie,* yang pengertiannya berkaitan dengan urusan perintah atau administrasi pemerintah (Dunn,1981:7).

Beberapa ahli mengemukakan pengertian kebijakan, antara lain :

1. Charles O Jones

 Jones merumuskan kebijakan sebagai serangkaian tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu (Jones,1991:4 )

1. William N Dunn

Kebijakan adalah pola ketergantungan yang kompleks dari pilihan kolektif yang saling tergantung, termasuk keputusan untuk bertindak yang dibuat oleh badan atau kantor pemerintah (N. Dunn, 2000:132).

1. Carl Frederich

Kebijakan adalah serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjuk kesulitan dan kemungkinan usulan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Carl Frederich mengatakan bahwa yang paling pokok bagi suatu kebijakan adalah adanya tujuan (*goal*), sasaran (*objective*) atau kehendak (*purpose*).

1. Thomas R Dye

Kebijakan adalah pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu (Dye,1981:3)

1. Kamus Oxford Learner’s Pocket Dictionary

Kebijakan adalah suatu perencanaan dari berbagai tindakan yang telah disetujui atau dipilih oleh sebuah partai politik, bisnis, dan lain-lain. Dalam konteks yang lain, kebijakan juga dapat diartikan sebagai kontrak asuransi tertulis.

Jadi, kebijakan merupakan tindakan untuk mencapai tujuan. Paling pokok dalam suatu kebijakan adalah tujuan untuk dicapai, rencana sebagai alat memenuhi tujuan, program yang telah mendapat persetujuan dan pengesahan untuk mencapai tujuan dan keputusan atau tindakan tertentu yang diambil untuk menentukan tujuan, membuat dan menyesuaikan rencana, melaksanakan dan mengevaluasi program. Kebijakan merupakan rangkaian tindakan bukan tindakan tunggal, sehingga suatu tindakan akan berkaitan dengan tindakan lain.

* 1. **Peran dan Fungsi Kebijakan**

Peran dan fungsi sejatinya berbeda, dimana peran berhubungan dengan subjek manusia sedangkan fungsi lebih berhubungan dengan objek benda, ternyata dalam kebijakan peran dan fungsi bisa diartikan sebagai sesuatu yang sama. Peran dan fungsi utama dari kebijakan adalah untuk mengatur segala proses dalam aspek kehidupan manusia di berbagai bidang, baik publik maupun privat, seperti kesehatan, transportasi, pendidikan, lingkungan, sosial, ekonomi, keamanan, dan lainnya. Contoh kebijakan yang bersifat mengatur dalam bidang kesehatan diantaranya adalah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Peran dan fungsi suatu kebijakan selanjutnya adalah untuk menjadi sumber rujukan yang dapat diartikan sebagai pedoman dasar dalam menyelesaikan masalah yang ada. Kebijakan itu bersifat mengatur segala hal dan dapat menjadi dasar aturan yang akan menjadi rujukan jika terjadi suatu masalah terkait. Contohnya adalah masalah pola pemberian Air Susu Ibu (ASI) yang kurang efektif. Bahkan yang terjadi dalam masyarakat sekarang ini adalah seorang ibu cenderung tidak menyusui bayinya karena berbagai macam alasan seperti sibuk karena pekerjaan dan semakin banyaknya produk susu formula yang beredar di kalangan masyarakat sehingga pemerintah mengeluarkan sebuah Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Air Susu Ibu Ekslusif. Hal ini dimaksudkan agar kebijakan yang sudah dibuat bisa menjadi rujukan dari permasalahan kesehatan yang sedang terjadi di masyarakat. Kebijakan juga berfungsi untuk melindungi dan menjaga kepentingan serta keinginan pihak yang terkait atau bersangkutan baik publik maupun privat. Contohnya pada pasal 6 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan rumah sakit.

**1.3 Sifat Kebijakan**

 Sifat kebijakan yang mendasari isi dan tujuannya, antara lain :

1. Kebijakan bersifat regulatif (mengatur)

Kebijakan tentang pembatasan atau larangan perbuatan atau tindakan bagi orang atau kelompok orang. Kebijakan ini pada dasarnya mengurangi kebebasan orang atau kelompok untuk berbuat sesuatu. Kebijakan membatasi individu dan lembaga atau memaksa melakukan suatu perilaku tertentu. Kebijakan  regulatif akan berhasil dijalankan jika perilaku mendukung terus menerus dipantau dan dimotivasi. Contoh: kebijakan berhubungan dengan pembatasan penjualan obat-obat tertentu, pembatasan penggunaan kendaraan dinas, pembatasan pemilikan dan penggunaan senjata api.

1. Kebijakan bersifat distributif

Kebijakan tentang pemberian pelayanan-pelayanan atau keuntungan bagi sejumlah khusus penduduk, individu, kelompok, perusahaan, atau masyarakat tertentu. Contohnya pemberian beasiswa, kebijakan tentang jaminan pinjaman, kebijakan beras miskin (raskin), Kartu Sehat Masyarakat Miskin atau Bantuan Langsung Tunai.

Pada prinsipnya dalam kebijakan bisa memanfaatkan sumber daya umum (misalnya dana APBN) untuk membantu rakyat atau kelompok tertentu.

1. Kebijakan bersifat re-distributif

Kebijakan re-distributif adalah kebijakan yang sengaja dibuat oleh pemerintah untuk memindahkan pengalokasian kekayaan, pendapatan, kepemilikan atau hak di antara kelas atau kelompok penduduk. Contohnya kebijakan yang berhubungan dengan pajak pendapatan, pemberantasan kemiskinan, pembebasan tanah untuk kepentingan umum. Tujuannya adalah ada pada kesamaan dalam memiliki sesuatu, merasakan sesuatu, atau bagian yang sama dari suatu proses.

1. Kebijakan bersifat protektif (melindungi)

Kebijakan dibuat untuk melindungi masyarakat dengan mengatur hal yang diperbolehkan dan dilarang, semua kegiatan yang dapat merugikan serta membahayakan masyarakat di berbagai bidang tidak diijinkan untuk diterapkan.

**1.4 Ciri Kebijakan**

 Karakteristik dan ciri kebijakan antara lain:

1. Kebijakan harus memiliki tujuan

Kebijakan adalah *a means to an end*, alat untuk mencapai sebuah tujuan masyarakat (publik). Artinya, kebijakan adalah seperangkat tindakan pemerintah yang didesain untuk mencapai hasil tertentu yang diharapkan oleh publik sebagai konstituen pemerintah. Sebuah kebijakan tanpa tujuan tidak memiliki arti, bahkan tidak mustahil akan menimbulkan masalah baru. Misalnya, sebuah kebijakan yang tidak memiliki tujuan jelas, program yang akan diterapkan secara berbeda-beda, strategi pencapaiannya menjadi kabur, dan akhirnya para analis kebijakan akan menyatakan bahwa pemerintah telah kehilangan arah.

Penetapan tujuan juga merupakan kegiatan yang paling penting karena hanya tujuanlah yang dapat memberikan arah dan alasan kepada pilihan publik. Dalam kenyataannya, pembuat kebijakan seringkali kehilangan arah dalam menetapkan tujuan kebijakan. Agar kebijakan tetap terfokus pada tujuan yang telah ditetapkan, pembuatan kebijakan harus dilandasi oleh lingkaran tahapan kebijakan yang meliputi perencanaan dan evaluasi. Pembuatan kebijakan tentu mempunyai hambatan, tetapi harus dicari penyelesaian untuk mengatasinya dan mewujudkan tujuan yang dikehendaki untuk dicapai. Berdasarkan tujuan utamanya, terdapat enam kelompok tindakan kebijakan (*play action*) yang mendasar yaitu :

1. Regulasi (*Regulation*)

Tujuan utamanya membuat aturan dan batasan tertentu.

1. Deregulasi (*Deregulation*)

Tujuan utamanya membuat pelonggaran bahkan penghapusan batasan tertentu.

1. Insentif (*Reward*)

Tujuan utamanya mendorong dan mempercepat pencapaian suatu hal dengan memberikan suatu ebntuk imbalan.

1. Penyediaan infrastruktur (*Infrastructure Provision*)

Tujuan utamanya menyediakan hal yang bersifat infrastruktural.

1. Informasi atau pedoman (*Information or Guidance*)

Tujuan utamanya memberikan dan menyampaikan informasi serta memberi pedoman yang spesifik.

1. Pengaruh (*Influence*)

Tujuan utamanya mendorong dan mempengaruhi terjadinya perubahan serta membantu proses perubahan kepada pihak tertentu.

1. Kebijakan sebagai hipotesis

Kebijakan dibuat berdasarkan teori, model atau hipotesis mengenai sebab dan akibat. Kebijakan senantiasa bersandar pada asumsi mengenai perilaku. Kebijakan selalu mengandung insentif yang mendorong orang untuk melakukan sesuatu atau disinsentif yang mendorong orang tidak melakukan sesuatu. Kebijakan harus mampu menyatukan perkiraan (proyeksi) mengenai keberhasilan yang akan dicapai dan mekanisme mengatasi kegagalan yang mungkin terjadi.

 Misalnya, jika pemerintah menaikan harga BBM, maka akan banyak perusahaan menaikan harga produksinya yang akan mengakibatkan harga barang-barang meningkat dan masyarakat kelas bawah semakin sulit memenuhi kebutuhan hidupnya. Sehingga memandang kebijakan sebagai sebagai hipotesis juga menekankan pentingnya pelajaran dan temuan dari hasil implementasi dan evaluasi.

1. Kebijakan sebagai tindakan yang legal

Pilihan tindakan dalam kebijakan bersifat legal atau otoritatif karena dibuat oleh orang yang memiliki legitimasi dalam sistem pemerintahan. Keputusan-keputusan itu mengikat para pegawai negeri untuk bertindak atau mengarahkan pilihan tindakan atau kegiatan seperti menyiapkan rancangan undang-undang atau peraturan pemerintah untuk dipertimbangkan oleh parlemen atau mengalokasikan anggaran guna mengimplementasikan progam tertentu. Kebijakan sebagai keputusan legal bukan juga berarti bahwa pemerintah selalu memiliki kewenangan dalam menangani berbagai isu. Kebijakan kemudian dapat dilihat sebagai respon atau tanggapan resmi terhadap isu atau masalah publik.

Hal berarti bahwa kebijakan adalah: (a) Intensional atau memiliki tujuan. Kebijakan berarti pencapaian tujuan pemerintah melalui penerapan sumber-sumber publik; (b) Menyangkut pembuatan keputusan dan pengujian konsekuensi-konsekuensinya; (c) Terstruktur dengan para pemain dan langkah-langkahnya yang jelas dan terukur; (d) Bersifat politis yang mengekspresikan pemilihan prioritas-prioritas program lembaga eksekutif.

1. Kebijakan melibatkan partisipasi dan aspirasi masyarakat.

 Partisipasi adalah proses keterlibatan dalam pengambilan keputusan, perumusan, perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan kebijakan. Pembuatan kebijakan yang melibatkan partisipasi dan aspirasi masyarakat bertujuan supaya kebijakan yang sudah disusun dan direncanakan bisa sesuai dengan kenyataan. Selain itu masyarakat juga cenderung lebih patuh pada kebijakan yang pembuatan dan penyusunannya melibatkan partisipasi dan aspirasi masyarakat secara aktif.

1. Kebijakan bentuknya terstruktur dan tersusun berdasarkan hukum dan undang-undang.
2. Semua kebijakan yang telah dibuat dan disusun harus mempunyai landasan hukum dan undang-undang. Artinya pembuatan kebijakan tidak boleh bertentangan dan melanggar dengan hukum dan undang-undang yang berlaku.
3. Kebijakan menghasilkan dampak (outcome)

Setiap proses pembuatan kebijakan harus dianalisis terlebih dahulu apakah akan memberikan dampak yang baik atau buruk bagi masyarakat. Suatu kebijakan yang dibuat tidak boleh merugikan masyarakat. Jenis kebijakan berdasarkan pengaruh atau dampak yang ingin ditimbulkannya meliputi:

* 1. Kebijakan eksplisit *(explicit policy)*

Kebijakan eksplisit adalah kebijakan yang ditujukan untuk memberikan dampak secara langsung pada obyek sasaran kebijakan.

* 1. Kebijakan implisit *(implicit policy)*

Kebijakan implisit adalah kebijakan yang ditujukan untuk memberikan dampak secara tidak langsung pada obyek sasaran kebijakan.

**1.5 Jenis Kebijakan**

Sebelum mengulas lebih dalam mengenai jenis kebijakan alangkah baiknya apabila dapat memahami makna dari kebijakan itu sendiri. Kebijakan adalah suatu bentuk peraturan tertulis yang berasal dari dari pemerintah, organisasi ataupun kelompok yang dipergunakan untuk menyelesaikan suatu permasalahan atau untuk mencegah timbulnya berbagai masalah yang dapat berdampak tiddak baik terhadap kelangsungan pemerintahan, organisasi, dan kelompok tertentu. Kebijakan dibagi menjadi dua, yaitu jenis kebijkan berdasarkan area dan kebijakan berdasarkan tingkatan. Berikut ini adalah penjelasan mengenai jenis kebijkan berdasarkan area dan jenis kebijakan berdasarkan tingkatan

* + 1. Jenis Kebijakan Berdasarkan Area
1. Kebijakan Publik

Sebelum membahas mengenai apa itu kebijakan publik, alangkah baiknya bila mengulas kata publik itu sendiri terlebih dahulu. Kata publik dimaknai dengan arti orang banyak, kumpulan masyarakat luas, atau warga di suatu negara. Publik sebenarnya memiliki makna tersendiri, yaitu publik berisi aktivitas manusia yang dipandang perlu untuk diatur atau diintervensi oleh pemerintah atau aturan sosial, atau setidaknya oleh tindakan bersama (Parsons, 2001). Kata publik selanjutnya digabung dengan kata kebijakan menjadi satu kesatuan kata yang memiliki makna yang lebih kompleks. Banyak pengertian dari para ahli mengenai kebijakan publik, diantaranya *Whatever government choose to do or not to do* (Smith, 2003).

Kebijakan publik dalah sebuah rencana tindakan, idde atau oilihan keputusan yang dibuat oleh pemerintah untuk mencapai beberapa tujuan luas dan dapat mempengaruhi segmen besar masyarakat atau public serta menjadi petunjuk tindakan berikutnya ddalam kondisi yang sama (Smith, 2003).

Berdasarkan beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa kebijakan public merupakan suatu tindakan pemerintah atas kewenangan yang dimilikinya. Kebijakan public juga merupakan upaya untuk mencapai satu tujuan tertentu, dan menyangkut kepentingan serta akktivitas manusia secara luas dengan berbagai pertimbangan baik dan buruknya. Contoh dari kebijakan public itu sendiri adalah :

1. Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 1 Tahun 2011 tentang Penetapan 26 (dua puluh enam) Buku Teks Pelajaran Yang Memenuhi Syarat Kelayakan Untuk Digunakan Dalam Pembelajaran.
2. Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Thanun 2008 Tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok.
3. Kebijakan Privat

Kebijakan privat adalah kebijakan yang digunakan untuk organisasi atau kelompok tertentu. Kebijakan privat berlaku dalam oraganisasi atau kelompok itu saja, serta sangat memungkinkan bahwa kebijakan antara kelompok atau organisasi yang satu berbeda dengan yang lain. Beberapa contoh dari kebijakan privat adalah sebagaii berikut :

1. Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 11 Taun 20004 tentang Pengendalian Merokok di Tempat Kerja di Lingkungan Pemerintahan. Kebijakan ini merupakan kebijakan privat karena hanya berlaku dalam lingkup Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta saja.
2. Peraturan di dalam rumah sakit itu sendiri, bisa saja suatu rumah sakit mempunyai klasifikasi tersendiri dalam penerimaan pegawainya.
3. Kebijakan menggunakan pakaian yang rapi dan sopan, berkerah, serta bersepatu ketika memasuki kampus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (FKM UNAIR). Kebijakan ini merupakan kebijakan privat karena yang membuat adalah jajaran dekanat FKM UNAIR, dan bisa saja di kampus lain tidak menganut kebijakan ini.

Jadi, kebijakan adalah suatu bentuk peraturan tertulis yang digunakan untuk mencapai tujuan tertentu. Kebijakan dibagi menjadi dua, yang pertama kebijakan public yang mengatur masyarakat secara luas dan yang kedua kebijakan privat yang mengatur kelompok tertentu.

1.5.2 Kebijakan Berdasarkan Tingkatan

Tidak semua pembuatan kebijakan dirumuskan berdasarkan keadaan yang sama dengan tema yang sama pula, dan pembuatan kebijakan meliputi isu utama yang mempengaruhi sejumlah orang dalam lingkup luas dari aparat pembuat kebijakan. Sehingga, bisa saja kebijakan di setiap daerah berbeda. Di bagian ini dijelaskan bahwa jenis kebijakan berdasarkan tingkatan dibagi menjadi tiga, Kebijakan Makro (*National Level*), Kebijakan Meso (*State Level*), dan Kebijakan Mikro (*Local Level*).

1. Kebijakan Makro (*National Level*)

Kebijakan makro adalah kebijakan yang mencakup dan dapat mempengaruhi di suatu Negara tertentu secara menyeluruh. Misalnya, Undang-Undang, Peraturan Pemerintah (PP), Keputusan Menteri Kesehatan, dan lainnya. Partisipasi kebijakan makro sangat luas, meliputi, presiden, eksekutif, legislative, media, kelompok, dan berbagai kalangan lainnya.

Kebijakan di tingkat makro akan menjadi landasan saat kebijakan meso dan mikro dibuat. Kebijakan makro juga termasuk kebijakan public karena mengatur ditingkat nasional dan bertujuan untuk kehidupan banyak orang. Dan saat terjadi perubahan kebijakan di tingkat meso dan mikro, maka kebijakan di tingkat makro harus menjadi landasannya. Contoh kebijakan di tingkat makro adalah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Undang-undang tersebut merupakan contoh yang tepat, karena di dalamnya akan mengatur kebijakan lainnya yang merupakan turunannya seperti kebijakan meso dan mikro.

1. Kebijakan Meso (S*tate Level*)

Telah diulas di atas bahwa kebijakan makro memusatkan perhatiannya pada kebijakan nasional, sedangkan kebijakan meso lebih berkonsentrasi di tingkat daerah tertentu. Kebijakan meso dilandasi oleh kebijakan makro yang lebih tinggi kedudukannya. Contoh dari kebijakan meso adalah Peraturan Daerah Kota Surabaya Nomor 5 Tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Merokok.

Kebijakan meso bisa berbeda walaupun landasannya sama, karena kebijakan meso merupakan turunan dari kebijakan makro. Sehingga berdasarkan contoh diatas, bisa saja di daerah lain tidak mengatur tentang kebijakan untuk merokok di sembarang tempat.

1. Kebijakan Mikro (*Local Level*)

Kebijakan mikro meliputi atau mencakup di lingkup perusahaan, organisasi, komunitas dan kelompok. Kebijakan mikro berlaku untuk lingkup tertentu seperti yang telah disebutkan, sehingga kebijakan mikro di lingkup tertentu bias tidak sama dengan yang lainnya, dan kebijakan tersebut tidak berpengaruh pada pihak di luar lingkup tersebut. Contoh kebijakan mikro adalah peraturan tertulis di FKM Universitas Airlangga tentang tata cara berpakaian yang sopas, berkerah, tidak ketat, dan bersepatu. Kebijakan tersebut diangkat menjadi contoh karena bisa saja kebijakan tersebut tidak berlaku di luar lingkup FKM Universitas Airlangga.

Berdasarkan ulasan di atas, disimpulkan bahwa tingkat kebijakan adalah kebijakan makro, kebijakan meso, dan kebijakan mikro. Kebijakan makro berlaku secara menyeluruh, kebijakan meso berlaku pada wilayah tertentu, dan kebijakan mikro berlaku dalam suatu kelompok atau komunitas tertentu.

Kebijakan makro menjadi landasan untuk kebijakan meso dan kebijakan mikro. Konsep tersebut seperti mata air yang mengalir dari tempat yang tinggi ke tempat yang rendah.

**BAB 2**

**BERBAGAI RUANG LINGKUP KEBIJAKAN DALAM KESEHATAN**

**2.1 Kebijakan dalam Lingkup Kesehatan Berdasarkan Tingkatannya**

Kebijakan dalam lingkup kesehatan dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkatannya. Tingkatan yang dimaksud yaitu tingkat makro, tingkat meso, dan tingkat mikro. Tingkatan tersebut diklasifikasikan berdasarkan cakupan wilayahnya. Berikut ini contoh kebijakan lingkup rumah sakit berdasarkan tingkatannya.

2.1.1 Kebijakan dalam Lingkup Kesehatan Tingkat Makro

Kebijakan dalam lingkup kesehatan tingkat makro adalah Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 digolongkan sebagai kebijakan tingkat makro karena sesuai dengan definisi dari kebijakan makro. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 mencakup kebijakan secara keseluruhan sebagai jaringan keputusan untuk membuat strategi baru tentang kesehatan di Indonesia.

2.1.2 Kebijakan dalam Lingkup Kesehatan Tingkat Meso

Kebijakan dalam lingkup kesehatan tingkat meso adalah Sistem Kesehatan Nasional 2009. Sistem Kesehatan Nasional digolongkan sebagai kebijakan tingkat meso karena sesuai dengan definisi dari kebijakan meso. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah bersama seluruh elemen bangsa dalam rangka meningkatkan tercapainya pembangunan kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

2.1.3 Kebijakan dalam Lingkup Kesehatan Tingkat Mikro

Kebijakan dalam lingkup kesehatan tingkat mikro, yaitu:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 Tentang Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat
4. **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1186/Menkes/Per/Xl/1996** Tentang **Pemanfaatan Akupuntur Di Sarana Pelayanan Kesehatan**

**2.2 Pembahasan Isi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 yang terkait dengan Upaya Kesehatan**

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 memuat beberapa peraturan yang secara langsung mempengaruhi pengambilan kebijakan di bidang kesehatan. Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang harus diwujudkan sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pada Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 1 angka 11 dijelaskan bahwa upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Dalam bab V mengenai upaya kesehatan, mengatur dan menjelaskan lebih mendalam perihal yang terkait dengan upaya kesehatan yang dijabarkan menjadi 79 pasal di dalamnya. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.

Penyelenggaraan upaya kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan, antara lain:

1. pelayanan kesehatan
2. pelayanan kesehatan tradisional
3. peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
4. penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan
5. kesehatan reproduksi
6. keluarga berencana
7. kesehatan sekolah
8. kesehatan olahraga
9. pelayanan kesehatan pada bencana
10. pelayanan darah
11. kesehatan gigi dan mulut
12. penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran
13. kesehatan matra
14. pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan
15. pengamanan makanan dan minuman
16. pengamanan zat adiktif
17. bedah mayat

Pelayanan kesehatan terdiri atas pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.

Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat. Pelaksanaan pelayanan kesehatan harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.

Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Tak hanya pemerintah dan pemerintah daerah, masyarakat juga ikut berperan dalam pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersebut. Pemerintah wajib menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan yang diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Di Indonesia, pelayanan kesehatan tradisional masih sering menjadi alternatif pilihan masyarakat sebagai pengobatan. Berdasarkan cara pengobatannya, pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan dan pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan ramuan. Pelayanan kesehatan tradisional dibina dan diawasi oleh Pemerintah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama. Masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.

Peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi, atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat. Sedangkan pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit. Sehingga pemerintah dan pemerintah daerah menjamin dan menyediakan fasilitas untuk kelangsungan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas, dan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan pada bencana. Pelayanan kesehatan pada bencana meliputi pelayanan kesehatan pada tanggap darurat dan pascabencana. Pelayanan kesehatan tersebut mencakup pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Setiap orang yang memberikan pelayanan kesehatan pada bencana harus ditujukan untuk penyelamatan nyawa, pencegahan kecacatan lebih lanjut, dan kepentingan terbaik bagi pasien.

Dunia kesehatan atau medis tentu tidak dapat dipisahkan dari sediaan farmasi dan alat kesehatan. Sediaan farmasi dan alat kesehatan tersebut harus aman, berkhasiat/bermanfaat, bermutu, dan terjangkau. Pemerintah berkewajiban membina, mengatur, mengendalikan, dan mengawasi pengadaan, penyimpanan, promosi, dan pengedaran farmasi dan alat kesehatan. Pengamanan tersebut diselenggarakan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu, dan/atau keamanan, dan/atau khasiat/kemanfaatan.

Selain farmasi dan alat kesehatan, pengaman makanan dan minuman juga diperlukan demi keamanan bagi manusia, hewan yang dimakan manusia, serta lingkungan. Makanan dan minuman yang dipergunakan untuk masyarakat harus didasarkan pada standar dan/atau persyaratan kesehatan. Makanan dan minuman hanya dapat diedarkan setelah mendapat izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Setiap makanan dan minuman yang dikemas wajib diberi tanda atau label yang berisi:

1. Nama produk
2. Daftar bahan yang digunakan
3. Berat bersih atau isi bersih
4. Nama dan alamat pihak yang memproduksi atau memasukan makanan dan minuman kedalam wilayah Indonesia
5. Tanggal, bulan, dan tahun kadaluwarsa

Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan. Zat adiktif tersebut meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya. Produksi, peredaran, dan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditetapkan.

Salah satu zat adiktif yang marak beredar di Indonesia adalah rokok. Oleh karena itu, setiap orang yang memproduksi atau memasukkan rokok ke wilayah Indonesia wajib mencantumkan peringatan kesehatan. Untuk menekan angka perokok, pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya. Kawasan tanpa rokok tersebut, antara lain:

1. fasilitas pelayanan kesehatan
2. tempat proses belajar mengajar
3. tempat anak bermain
4. tempat ibadah
5. angkutan umum
6. tempat kerja
7. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

**2.3 Pembahasan Isi Sistem Kesehatan Nasional 2009**

 Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah Sistem yang mengatur bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa [Indonesia](http://www.anneahira.com/artikel-kesehatan/kesehatan-indonesia.htm) dalam tujuan  guna menjamin tercapainya pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945.

Dalam menjalankan SKN, sangat perlu mempetimbangkan faktor determinan sosial, seperti:

1. kondisi kehidupan sehari-hari,

2. tingkat pendidikan,

3.  pendapatan keluarga,

4. distribusi kewenangan,

5.   keamanan,

6. sumber daya,

7.   kesadaran masyarakat, serta

8.  kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.

Sistem Kesehatan Nasional disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:

1. Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata,
2. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat,
3. Kebijakan pembangunan kesehatan, dan
4. Kepemimpinan.

Sistem Kesehatan Nasional juga disusun dengan memperhatikan inovasi atau terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan. Sistem Kesehatan Nasional dibentuk dan dijalankan sesuai Landasan Hukum Maupun Ideologi. Adapun Landasan Sistem Kesehatan Nasional meliputi:

1. Landasan Ideologi, yaitu Pancasila.
2. Landasan Konstitusional, yaitu UUD 1945, khususnya: Pasal 28 A, 28 H ayat (1) dan ayat (3), serta Pasal 34 ayat (2) dan ayat (3), Pasal 28 B ayat (2), Pasal 28 C ayat (1),
3. Landasan Operasional meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sector kesehatan untuk mencapai tujuan nasional.

Tujuan Sistem Kesehatan Nasional adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat [kesehatan masyarakat](http://www.anneahira.com/artikel-kesehatan/kesehatan-masyarakat.htm) yang setinggi-tingginya. Mengacu pada substansi perkembangan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dewasa ini serta pendekatan [manajemen kesehatan](http://www.anneahira.com/artikel-kesehatan/manajemen-kesehatan.htm) tersebut diatas, maka subsistem Sistem Kesehatan Nasional meliputi:

1. Upaya Kesehatan

Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan.

1. Pembiayaan Kesehatan

[Pembiayaan kesehatan](http://www.anneahira.com/artikel-kesehatan/pembiayaan-kesehatan.htm) yang kuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan pembangunan kesehatan.

1. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan [sumber daya manusia](http://www.anneahira.com/artikel-umum/sumber-daya-manusia.htm) kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tututan kebutuhan pembangunan kesehatan.

1. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang  kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

1. Manajemen dan Informasi Kesehatan

Meliputi: kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan.

1. Pemberdayaan Masyarakat

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Ini penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.

**2.4 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor** [**2052/MENKES/PER/X/2011**](http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_permenkes/PMK%20No.%202052%20ttg%20Izin%20Praktik%20Kedokteran.pdf)**Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran**

Praktek kedoketeran diartikan sebagai rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya Kesehatan. Sebelum dokter dan dokter gigi membuka praktik, harus memperoleh surat izin dari Kepala Dinas Kesehatan Kaupaten atau Kota.

2.4.1 Izin Praktik

Setiap Dokter dan Dokter Gigi yang menjalankan praktik kedokteran wajib memiliki Surat Izin Praktik (SIP) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. SIP bagi Dokter dan Dokter Gigi dapat berupa SIP dokter, SIP dokter gigi, SIP dokter spesialis, dan SIP dokter gigi spesialis SIP Dokter dan Dokter Gigi diberikan paling banyak untuk 3 (tiga) tempat praktik, baik pada fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah, swasta, maupun praktik perorangan.

Untuk memperoleh SIP, Dokter dan Dokter Gigi mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan melampirkan:

1. fotocopy Surat Tanda Registrasi
2. surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya
3. surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu;
4. Surat rekomendasi dari organisasi profesi; dan
5. pas foto berwarna ukuran 4×6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3×4 sebanyak 2 (dua) lembar.

SIP dokter, SIP dokter gigi, SIP dokter spesialis, dan SIP dokter gigi spesialis berlaku untuk 5 (lima) tahun.

2.4.2 Penghentian Praktik

Seorang dokter dan dokter gigi bisa menghentikan praktik. Sebelum menhentikan kegiatan praktik kedokteran atau praktik kedokteran gigi di suatu tempat, dokter atau dokter gigi wajib memberitahukan secara tertulis kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota serta mengembalikan SIP. Setelah SIP dikembalikan pada pihak yang bersangkutan, maka pihak tersebut wajib mengembalikan fotokopi STR yang dilegalisasi asli oleh KKI milik Dokter dan Dokter Gigi

2.4.3 Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Asing

Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Asing hanya dapat bekerja atas permintaan fasilitas pelayanan kesehatan tertenu dan dilarang berpraktik secara mandiri. Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Asing dapat diberikan SIP sepanjang mememenuhi persyaratan mendapatkan SIP. Selain itu Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Asing harus telah dilakukan  evaluasi dan memiiliki surat izin kerja dan izin tinggal serta mempunyai kemampuan berbahasa Indonesia yang dibuktikan dengan bukti lulus Bahasa Indonesia dari Pusat Bahasa Indonesia.

Lebih jauh peraturan ini mengatur tentang Penyelenggaraan Praktik kedokteran bagi Dokter dan Dokter Gigi, pencatatan pelaporan dan pembinaan dan pengawasan. Peraturan ini merupakan revisi dari 512/Menkes/Per/IV/2007 Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik kedokteran. Karena sudah tidak sesuai, maka dsusunlah peraturan baru pada tahun 2009 dan dipakai sampai sekarang.

**BAB 3**

**KEBIJAKAN LINGKUP RUMAH SAKIT**

* 1. **Kebijakan Lingkup Rumah Sakit Berdasarkan Tingkatannya**

 Kebijakan lingkup rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkatannya. Tingkatan yang dimaksud yaitu tingkat makro, tingkat meso, dan tingkat mikro. Tingkatan tersebut diklasifikasikan berdasarkan cakupan wilayahnya. Berikut ini contoh kebijakan lingkup rumah sakit berdasarkan tingkatannya.

* + 1. Kebijakan Lingkup Rumah Sakit Tingkat Makro

Kebijakan lingkup rumah sakit tingkat makro adalah UU nomor 44 tahun 2009. UU nomor 44 tahun 2009 digolongkan sebagai kebijakan tingkat makro karena sesuai dengan definisi dari kebijakan makro.UU nomor 44 tahun 2009 mencakup kebijakan secara keseluruhan sebagai jaringan keputusan untuk membuat strategi baru tentang rumah sakit di Indonesia.

* + 1. Kebijakan Lingkup Rumah Sakit Tingkat Meso

Kebijakan lingkup rumah sakit tingkat meso yaitu:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 147/MENKES/PER/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit (melaksanakan ketentuan pasal 28 UU no. 44 Tahun 2009)
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit (melaksanakan ketentuan pasal 24 UU no. 44 Tahun 2009)
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 1171/MENKES/PER/VI/2010 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (melaksanakan ketentuan pasal 52 ayat (1) UU no. 44 Tahun 2009)
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 417/MENKES/PER/II/2011 tentang komisi akreditasi rumah sakit (melaksanakan ketentuan Pasal 40 ayat (3) UU Nomor 44 Tahun 2009)
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 1787/MENKES/PER/XII/2010 tentang iklan dan publikasi pelayanan kesehatan (melaksanakan ketentuan pasal 29 huruf l, huruf m, huruf n dan pasal 30 ayat 1 huruf g UU no. 44 tahun 2009).

Peraturan Menteri Kesehatan diatas digolongkan sebagai kebijakan tingkat meso karena sesuai dengan definisi dari kebijakan meso. Peraturan diatas merupakan penjelasan terperici dari kebijakan makro nya yaitu UU nomor 44 tahun 2009. Di dalam UU nomor 44 Tahun 2009 terdapat beberapa peraturan yang seharusnya diatur oleh Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, tetapi pada kenyataannya sampai saat ini belum ada Peraturan Pemerintah maupun Peraturan Presiden yang mengatur akan hal tersebut. Peraturan tersebut antara lain:

1. Peraturan Pemerintah mengenai Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Asing sesuai dengan kebutuhan Pelayanan yang tertera pada Pasal 14 ayat (4)
2. Peraturan Pemerintah mengenai Rumah Sakit Pendidikan yang tertera pada Pasal 23 ayat (3)
3. Peraturan Pemerintah mengenai Intensif Pajak bagi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan yang tertera pada Pasal 30 ayat (3)
4. Peraturan Presiden mengenai Pedoman Organisasi Rumah Sakit yang tertera pada Pasal 35 UU no. 44 Tahun 2009
5. Peraturan Pemerintah mengenai Subsidi atau Bantuan Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang tertera pada Pasal 48 ayat (2) UU no. 44 Tahun 2009
6. Peraturan Pemeriintah mengenai badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dan Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi yang tertera pada Pasal 61 Uu no. 44 Tahun 2009.

3.1.3 Kebijakan Lingkup Rumah Sakit Tingkat Mikro

Kebijakan lingkup rumah sakit tingkat mikro yaitu:

1. Peraturan Daerah Kota Depok nomor 05 Tahun 2011 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan
2. Peraturan Daerah Kabupaten Bandung nomor 6 Tahun 2011 tentang Penataan Organisasi dan Kelembagaan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Majalaya Kabupaten Bandung.

Peraturan di atas termasuk kebijakan tingkat mikro karena sesuai dengan definisi dari kebijakan tingkat mikro. Pada poin (1) merupakan realisasi dari kebijakan meso nya yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 147/MENKES/PER/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit (melaksanakan ketentuan pasal 28 UU no. 44 Tahun 2009). Poin (2) merupakan realisasi dari kebijakan meso nya yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit (melaksanakan ketentuan pasal 24 UU no. 44 Tahun 2009). Kedua peraturan diatas hanya berlaku di tiap wilayah tertentu saja.

* 1. **Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009**

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 mengatur tentang rumah sakit. Rumah sakit yang dimaksud adalah rumah sakit yang ada di Indonesia. Undang-undang ini mengatur tentang ketentuan umum dalam mendirikan suatu rumah sakit dan ketentuan yang harus ditaati oleh suatu rumah sakit.

* + 1. Pembahasan Isi Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009
1. Pengertian Rumah Sakit

Pengertian tersebut diatur di dalam pasal 1 ayat (1) yang menyatakan bahwa rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

1. Asas dan Tujuan Rumah Sakit

Asas rumah sakit diatur di dalam pasal 2 UU nomor 44 tahun 2009 yang menyatakan bahwa rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Tujuan Rumah Sakit juga diatur di dalam UU nomor 44 tahun 2009. Tujuan penyelenggaraan rumah sakit diatur pada pasal 3. Tujuan penyelenggaraan rumah sakit antara lain:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan sumber daya manusia di rumah sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.
5. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

 Tugas rumah sakit menurut pasal 4 UU nomor 44 tahun 2009 yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.Pelayanan kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan.

 Fungsi rumah sakit menurut pasal 5 UU nomor 44 tahun 2009 yaitu:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
3. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.
4. Persyaratan Mendirikan Rumah Sakit

Persyaratan mendirikan rumah sakit diatur di dalam UU nomor 44 tahun 2009. Persyaratan mendirikan rumah sakit diatur di dalam pasal 7, pasal 8, pasal 9, pasal 10, dan pasal 11yang berisi:

1. Status Kepemilikan.

 Rumah sakit dapat didirikan oleh:

1. Pemerintah, harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan dan instansi tertentu dengan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU).
2. Pemerintah Daerah, harus berbentuk Lembaga Teknis Daerah dengan pengelolaan BLU Daerah.
3. Swasta, harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitan.
4. Lokasi
5. Memenuhi ketentuan mengenai kesehatan yang meliputi Upaya Pemantauan Lingkungan, Upaya Pengelolaan Lingkungan dan Analisis Mengenai Dampak Lingkungan
6. Memenuhi ketentuan tata ruang yang diatur dalam Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten/Kota, Rencana Tata Ruang Kawasan Perkotaan, dan Rencana Tata Bangunan.
7. Lulus studi kelayakan dengan menggunakan prinsip pemerataan pelayanan, efisiensi dan efektivitas, serta demografi.
8. Bangunan
9. Persyaratan adminitratif dan persyaratan teknis bangunan gedung pada umumnya
10. Persyaratan teknis bangunan rumah sakit sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselematan bagi semua orang
11. Bangunan rumah sakit minimal terdiri atas ruang:
12. Rawat jalan
13. Ruang rawat inap
14. Ruang gawat darurat
15. Ruang operasi
16. Ruang tenaga kesehatan
17. Ruang radiologi
18. ruang laboratorium
19. ruang sterilisasi
20. ruang farmasi
21. ruang pendidikan dan latihan
22. ruang kantor dan administrasi
23. ruang ibadah, ruang tunggu
24. ruang penyuluhan kesehatan masyarakat
25. ruang menyusui
26. ruang mekanik
27. ruang dapur
28. *laundry*
29. kamar jenazah
30. taman
31. pengolahan sampah
32. pelataran parkir yang mencukupi
33. Prasarana

Prasarana rumah sakit antara lain:

1. instalasi air
2. instalasi mekanikal dan elektrikal
3. instalasi gas medik
4. instalasi uap
5. instalasi pengelolaan limbah
6. pencegahan dan penanggulangan kebakaran
7. petunjuk, standar dan sarana evakuasi saat terjadi keadaan darurat
8. instalasi tata udara
9. sistem informasi dan komunikasi
10. ambulan
11. Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Jenis dan klasifikasi rumah sakit diatur di dalam pasal 18 sampai pasal 24 UU nomor 44 tahun 2009.

1. Berdasarkam jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus
2. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

1. Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Yang dimaksud dengan kekhususan lainnya adalah jenis pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan bidang kedokteran.

1. Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat.
2. Rumah Sakit Publik

Rumah sakit publik dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah (Pemda), dan badan hukum yang bersifat nirlaba.Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan Pemda diselenggarakan berdasarkan pengelolaan BLU atau BLU Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat.

1. Rumah Sakit Privat

Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit.

1. Klasifikasi Rumah Sakit Umum
2. Rumah Sakit umum kelas A
3. Rumah Sakit umum kelas B
4. Rumah Sakit umum kelas C
5. Rumah Sakit umum kelas D

Tabel 1. Perbedaan Fasilitas dan Kemampuan Medik Rumah Sakit Umum

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fasilitas | KelasA | KelasB | KelasC | KelasD |
| 1. Pelayanan Medik Spesialis Dasar | 4 | 4 | 4 | 2 |
| 2. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik | 5 | 4 | 4 | - |
| 3. Pelayanan Medik Spesialis Lain | 12 | 8 | - | - |
| 4. Pelayanan Medik Sub Spesialis | 13 | 2 | - | - |

1. Klasifikasi Rumah Sakit Khusus
2. Rumah Sakit khusus kelas A
3. Rumah Sakit khusus kelas B
4. Rumah Sakit khusus kelas C

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 340 tahun 2010, jenis rumah sakit khusus, antara lain rumah sakit khusus ibu dan anak, jiwa, kusta, mata, bersalin, gigi dan mulut, rehabilitasi medik, bedah, serta kulit dan kelamin.

1. Perizinan Rumah Sakit

Perizinan rumah sakit diatur di dalam UU nomor 44 tahun 2009. Perizinan rumah sakit di atur dalam pasal 25, pasal 26, pasal 27, dan pasal 28. Izin rumah sakit terdiri atas:

* 1. Izin mendirikan

Mempunyai jangka waktu 2 tahun dan dapat diperpanjang untuk satu tahun

* 1. Izin Operasional

Mempunyai jangka wajtu 5 tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi syarat

Izin rumah sakit juga dapat dicabut apabila :

1. Habis masa berlakunya
2. Tidak lagi memenuhi persyaratan dan standar
3. Terbukti melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan
4. Atas perintah pengadilan dalam rangka penegakan hukum
	* 1. Sifat Kebijakan dalam Undang-Undang nomor 44 Tahun 2009

Kebijakan mempunyai sifat mengatur, distribusi sumber daya baru, melindungi, dan perubahan distribusi sumber daya yang sudah ada. UU nomor 44 tahun 2009 sebagai sebuah kebijakan tentunya mempunyai sifat seperti kebijakan pada umumnya. Sifat kebijakan di dalam UU nomor 44 tahun 2009 tertera pada pasal di dalam Undang-Undang tersebut. Berikut ini sifat kebijakan dalam UU nomor 44 tahun 2009.

1. Sifat Regulatif

Pasal dibawah ini bersifat regulatif karena sifatnya yang mengatur segala ketentuan yang harus ditaati oleh semua rumah sakit yang ada di Indonesia. Pasal yang bersifat regulatif, antara lain:

1. Pasal 8 tentang lokasi rumah sakit
2. Pasal 9 tentang bangunan rumah sakit
3. Pasal 11 tentang prasarana rumah sakit
4. Pasal 12 dan pasal 13 tentang sumber daya manusia
5. Pasal 15 tentang kefarmasian
6. Pasal 16 dan 17 tentang peralatan
7. Pasal 25 dan pasal 27 tentang perizinan
8. Pasal 33 dan pasal 34 tentang pengorganisasian rumah sakit
9. Pasal 37, pasal 38, dan pasal 39 tentang pengelolaan klinik rumah sakit
10. Pasal 52 dan pasal 53 tentang pencatatan dan pelaporan
11. Pasal 64 tentang ketentuan peralihan rumah sakit
12. Sifat Protektif

Pasal dibawah ini bersifat protektif karena sifatnya yang melindungi kepentingan dan keinginan pihak yang terkait di dalam UU nomor 44 tahun 2009 ini. Pasal yang bersifat protektif, antara lain:

1. Pasal 38 tentang pengelolaan klinik rumah sakit
2. Pasal 43 tentang keselamatan pasien
3. Pasal 44 dan pasal 45 tentang perlindungan hukum rumah sakit
4. Pasal 46 tentang tanggung jawab hukum rumah sakit
5. Pasal 57 sampai pasal 61 tentang badan pengawas rumah sakit indonesia
6. Pasal 62 dan pasal 63 tentang ketentuan pidana
7. Sifat Distributif

Pasal dibawah ini bersifat distributif karena sifatnya yang menyebarluaskan segala informasi, sumber daya, dan aturan baru yang harus ditaati oleh semua rumah sakit yang ada di Indonesia.

1. Pasal 6 tentang tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah
2. Pasal 29 tentang kewajiban rumah sakit
3. Pasal 32 tentang hak pasien
4. Pasal 37 tentang pengelolaan klinik rumah sakit
5. Pasal 42 tentang sistem rujukan
6. Pasal 43 tentang keselamatan pasien
7. Sifat *Re*-distributif

Pasal dibawah ini bersifat *re*-distriburif karena sifatnya yang mengatur kembali distirbusi sumber daya yang sudah ada.

1. Pasal 7 tentang persyaratan umum rumah sakit
2. Pasal 14 tentang sumber daya manusia
3. Pasal 26 tentang perizinan
4. Pasal 30 tentang hak rumah sakit
5. Pasal 31 tentang kewajiban pasien
6. Pasal 40 tentang akreditasi rumah sakit
7. Pasal 47 tentang bentuk rumah sakit
8. Pasal 48 dan pasal 51 tentang pembiayaan rumah sakit
	1. **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010**

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010mengatur tentang perizinan rumah sakit. Rumah sakit yang dimaksud adalah rumah sakit yang ada di Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan ini mengatur tentang perizinan untuk mendirikan rumah sakit dan perizinan operasional yang harus ditaati oleh suatu rumah sakit.

* + 1. Pembahasan Isi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010
1. Izin Mendirikan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147 tahun 2010, untuk memperoleh izin mendirikan, rumah sakit harus memenuhi persyaratan yang meliputi:

1. Studi Kelayakan

Studi kelayakan rumah sakit pada dasarnya adalah suatu awal kegiatan perencanaan rumah sakit secara fisik dan nonfisik yang berisi tentang:

1. Kajian kebutuhan pelayanan rumah sakit, yang meliputi demografi, sosio-ekonomi, morbiditas dan mortalitas, sarana dan prasarana.
2. Kajian kebutuhan sarana dan fasilitas fisik, peralatan medik maupun non medik, tenaga atau sumber daya manusia, serta dana yang dibutuhkan.
3. Kajian kemampuan pembiayaan yang meliputi prakiraan pendapatan, prakiraan biaya, proyeksi arus kas (5-10 tahun), dan proyeksi laba dan atau rugi (5-10 tahun).
4. *Master Plan*

 *Master plan* adalah strategi pengembangan aset untuk sekurang-kurangnya 10 tahun kedepan dalam pemberian pelayanan kesehatan secara optimal. Strategi tersebut meliputi identifikasi proyek perencanaan, demografis, tren masa depan, fasilitas yang ada, modal dan pembiayaan.

1. Status Kepemilikan

 Rumah sakit dapat didirikan oleh:

* + - 1. Pemerintah, harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan dan instansi tertentu dengan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU).
			2. Pemerintah Daerah, harus berbentuk Lembaga Teknis Daerah dengan pengelolaan BLU Daerah.
			3. Swasta, harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitan.
1. Persyaratan Pengolahan Limbah

 Persyaratan pengelolaan limbah meliputi Upaya Kesehatan Lingkungan (UKL), Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL), dan Analisis Dampak Lingkungan (Amdal).Persyaratan pengolahan limbah tersebut dilaksanakan berdasarkan jenis dan klasifikasi rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

1. Luas Tanah dan Sertifikatnya

 Luas tanah untuk rumah sakit dengan bangunan tidak bertingkat, minimal 1½ kali luas bangunan dan bangunan bertingkat minimal 2 kali luas bangunan lantai dasar.Luas tanah dibuktikan dengan akta kepemilikan tanah yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

1. Penamaan

 Penamaan rumah sakit tidak diperbolehkan menggunakan nama seseorang yang masih hidup. Salah satu alasannya adalah karena tidak ada yang dapat menjamin bahwa sepanjang hidup seseorang tersebut tidak akan melakukan perbuatan yang melanggar hukum. Adapun persyaratan utama penamaan rumah sakit, yaitu:

1. Harus menggunakan bahasa Indonesia.
2. Tidak boleh menambahkan kata ”internasional”, ”kelas dunia”, ”*world class*”, ”*global*” atau kata lain yang dapat menimbulkan penafsiran yang menyesatkan bagi masyarakat.

 Pernyataan pada poin (2) tidak berlaku apabila rumah sakit tersebut memang telah terakreditasi secara internasional oleh lembaga internasional.

1. Izin Mendirikan Bangunan (IMB), Izin Penggunaan Bangunan (IPB), dan Surat Izin Tempat Usaha (SITU). Pendirian rumah sakit harus memiliki izin undang-undang gangguan (HO), IMB, IPB, dan SITU yang dikeluarkan oleh instansi berwenang sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Izin Operasional

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147 tahun 2010, untuk memperoleh izin operasional, rumah sakit harus memenuhi persyaratan yang meliputi:

1. Memiliki Izin mendirikan
2. Sarana dan Prasarana

 Tersedia dan berfungsinya sarana dan prasarana pada rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, operasi atau bedah, tenaga kesehatan, radiologi, ruang laboratorium, ruang sterilisasi, ruang farmasi, ruang pendidikan dan latihan, ruang kantor dan administrasi, ruang ibadah, ruang tunggu, ruang penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit, ruang menyusui, ruang mekanik, ruang dapur, *laundry*, kamar jenazah, taman, pengolahan sampah, dan pelataran parkir yang mencukupi sesuai dengan jenis dan klasifikasinya.

1. Peralatan
2. Tersedia dan berfungsinya peralatan atau perlengkapan medik dan non medik untuk penyelenggaraan pelayanan yang memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan dan layak pakai sesuai dengan jenis dan klasifikasinya.
3. Memiliki izin pemanfaatan dari instansi berwenang sesuai ketentuan yang berlaku untuk peralatan tertentu
4. Sumber Daya Manusia

 Tersedianya tenaga medis, keperawatan yang purna waktu, tenaga kesehatanlain dan tenaga non kesehatan telah terpenuhi sesuai dengan jumlah, jenis danklasifikasinya.

1. Administrasi dan Manajemen

1) Memiliki organisasi paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.

2) membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.

3) Memiliki dan menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit

4) Memilik standar prosedur operasional pelayanan Rumah Sakit.

* + 1. Sifat Kebijakan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010

Kebijakan mempunyai sifat mengatur, distribusi sumber daya baru, melindungi, dan perubahan distribusi sumber daya yang sudah ada. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 sebagai sebuah kebijakan tentunya juga mempunya sifat seperti kebijakan pada umumnya. Sifat kebijakan di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 tertera pada pasal Peraturan Menteri Kesehatan tersebut, tetapi pada Peraturan Menteri Kesehatan ini tidak ditemukan sifat distributifnya. Berikut ini sifat kebijakan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010.

1. Sifat Regulatif

Pasal dibawah ini bersifat regulatif karena sifatnya yang mengatur tentang perizinan untuk mendirikan sebuah rumah sakit yang harus ditaati oleh semua rumah sakit yang ada di Indonesia.

1. Pasal 2 tentang perizinan rumah sakit secara umum
2. Pasal 4 dan pasal 5 tentang izin mendirikan rumah sakit
3. Pasal 6, pasal 7, dan pasal 8 tentang izin operasional rumah sakit
4. Sifat Protektif

Pasal dibawah ini bersifat protektif karena sifatnya yang melindungi pembinaan dan pengawasan dalam memberikan izin untuk suatu rumah sakit. Pasal yang bersifat protektif, yaitu:

* 1. Pasal 16 dan pasal 17 tentang pembinaan dan pengawasan rumah sakit
1. Sifat *Re*-distributif

Pasal dibawah ini bersifat *re*-distriburif karena sifatnya yang mengatur kembali distirbusi sumber daya yang sudah ada.

1. Pasal 7 dan pasal 9 tentang izin operasional rumah sakit
2. Pasal 15 tentang peningkatan kelas rumah sakit
	1. **Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 05 Tahun 2011 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan**

Peraturan Daerah Kota Depok nomor 05 Tahun 2011 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan mengatur tentang perizinan dan sertifikasi bidang kesehatan rumah sakit. Rumah sakit yang dimaksud adalah rumah sakit yang ada di kota Depok. Peraturan Daerah ini mengatur tentang perizinan dan sertifikasi bidang kesehatan rumah sakit yang harus ditaati oleh semua rumah sakitdi kota Depok.

* + 1. Pembahasan Isi Peraturan Daerah Kota Depok nomor 05 Tahun 2011 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan
1. Perizinan Tenaga Kesehatan
	1. Izin Dokter atau Dokter Gigi atau Dokter Spesialis

Memiliki Surat Izin Praktik (SIP) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas. SIP diberikan paling banyak untuk 3 tempat praktik.

* 1. Izin Perawat

Memiliki Surat Izin yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas. Surat Izin diberikan paling banyak untuk 2 tempat praktik.

* 1. Izin Perawat Gigi

Memiliki Surat Izin Kerja Perawat Gigi (SIK-PG). SIK-PG hanya berlaku pada 1 sarana pelayanan kesehatan.

* 1. Izin Bidan

Memiliki Surat Izin Kerja Bidan (SIKB). Untuk bidan yang menjalankan praktik mandiri wajib mempunyai Surat Izin Praktik Bidan (SIPB).

* 1. Izin Tenaga Kefarmasian

Memiliki Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) bagi apoteker yang bekerja di Apotek, Puskesmas, dan Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Memiliki Surat Izin Kerja (SIK) bagi apoteker yang bekerja di luar Apotek, Puskesmas, dan Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

* 1. Izin Fisioterapis

Memiliki Surat Izin Kerja Praktik Fisioterapis (SIPF) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas.

* 1. Izin Radiografer

Memiliki Surat Izin Kerja Radiografer (SIKR) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas.

* 1. Izin Refraksionis Optisien

Memiliki Surat Izin Kerja Refraksionis Optisien (SIK-RO) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas.

* 1. Izin Okupasi Terapis

Memiliki Surat Izin Praktik Okupasi Terapis (SIPOT) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas.

* 1. Izin Terapis Wicara

Memiliki Surat Izin Praktik Terapis Wicara yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas.

* 1. Izin Profesi Gizi

Memiliki Surat Izin Kerja Profesi Gizi (SIKPG) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas.

* 1. Izin Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing

Memeiliki Surat Izin Praktik (SIP) yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas.

1. Pertimbangan dalam Pemberian Izin Tenaga Kesehatan
	1. Tenaga Pengobatan Komplementer Alternatif (TPKA)
	2. Tenaga Pelayanan Kesehatan Tradisional
	3. Perizinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan
		1. Sifat Kebijakan dalam Peraturan Daerah Kota Depok Nomor 05 Tahun 2011 tentang Perizinan dan Sertifikasi Bidang Kesehatan
2. Sifat Regulatif

Pasal dibawah ini bersifat regulatif karena sifatnya yang mengatur tentang perizinan tenaga kesehatan untuk semua rumah sakit yang ada di Kota Depok.

1. pasal 4 tentang izin dokter/dokter gigi/dokter spesialis
2. pasal 5 tentang izin dokter internsip
3. pasal 6 tentang izin perawatan
4. pasal 7 tentang izin perawatan gigi
5. pasal 8 tentang izin bidan
6. pasal 9 tentang izin tenaga kefarmasian
7. pasal 11 tentang izin fisioterapis
8. pasal 12 izin radiografer
9. pasal 13 tentang Izin Refraksionis Optisien
10. pasal 14 tentang Izin Okupasi Terapis
11. pasal 15 tentang Izin Terapis Wicara
12. pasal 16 tentang profesi gizi
13. pasal 17 tentang Izin Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing
14. pasal 20 tentang Izin Tenaga Pengobatan Komplementer Alternatif

|  |
| --- |
| 1. pasal 22 tentang Izin Tenaga Pengobatan Komplementer Alternatif Asing
 |
| 1. pasal 24 tentang Perizinan Yankestrad
2. pasl 26 sampai pasal 40 tentang perizinan fasilitas pelayanan kesehatan
3. pasal 40 sampai pasal 43 tentang Perizinan Tempat-tempat Umum yang terkait dengan Kesehatan
4. pasal 44 sampai pasal 46 tentang Sertifikasi tempat-tempat umum yang terkait dengan kesehatan
5. pasal 47 sampai pasal 49 tentang Kewajiban Tenaga Kesehatan dan Tenaga Pengobatan Komplementer Alternatif (TPKA)
 |

1. Sifat Protektif

Pasal dibawah ini bersifat protektif karena sifatnya yang melindungi dalam pemberian izin tenaga kesehatan di kota depok. Pasal yang bersifat protektif, yaitu:

1. Pasal 18 tentang Pertimbangan Dalam Pemberian Izin Tenaga Kesehatan

**BAB 4**

**KEBIJAKAN LINGKUP PUSKESMAS**

* 1. **Kebijakan Lingkup Puskesmas Berdasarkan Tingkatan**

Kebijakan lingkup puskesmas dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkatannya. Tingkatan yang dimaksud yaitu tingkat makro, meso, dan mikro. Tingkatan tersebut diklasifikasikan berdasarkan cakupan wilayahnya. Berikut ini contoh kebijakan lingkup puskesmas berdasarkan tingkatannya.

* + 1. Kebijakan Lingkup Puskesmas Tingkat Makro

Kebijakan Lingkup Puskesmas yang termasuk dalam kebijakan makro adalah Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 merupakan acuan tertinggi pembuatan kebijakan kesehatan dalam berbagai lingkup termasuk puskesmas. Berdasarkan isinya, Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 merupakan kebijakan strategik karena diterbitkan oleh pemerintah pusat, bersifat fundamental, dan berlaku dalam jangka panjang. Kebijakan ini juga bersifat protektif, artinya melindungi kepentingan dan keinginan publik maupun privat.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan merupakan pengganti dari undang-undang sebelumnya, yaitu Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 yang saat ini sudah tidak berlaku. Perkembangan teknologi kesehatan yang berjalan seiring dengan munculnya fenomena globalisasi telah menyebabkan banyaknya perubahan yang sifat dan eksistensinya sangat berbeda jauh dari teks yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Pesatnya kemajuan teknologi kesehatan dan teknologi informasi dalam era global belum terakomodasi secara baik oleh Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Pada sisi lain, perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang ditandai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah menjadi Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004. Undang-undang tersebut memuat ketentuan yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada daerah masing-masing yang setiap daerah diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan perlu disesuaikan dengan semangat otonomi daerah. Perlu dibentuk kebijakan umum kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh semua pihak sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dan semakin kompleksnya permasalahan kesehatan dalam suatu undang-undang kesehatan yang baru untuk menggantikan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992. Hal tersebut yang mendasari disusunnya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan.

* + 1. Kebijakan Lingkup Puskesmas Tingkat Meso

Berdasarkan tingkatannya, yang termasuk kebijakan meso lingkup puskesmas adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Kebijakan ini mengacu pada Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, namun dikarenakan Undang-Undang tersebut sudah tidak berlaku, maka isi dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas wajib disesuaikan dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Kebijakan ini bersifat manajerial karena didapat melalui Keputusan Menteri Kesehatan. Selain itu kebijakan ini juga bersifat regulatif, artinya dirancang untuk mengatur aktivitas berbagai pihak (publik maupun privat).

* + 1. Kebijakan Lingkup Puskesmas Tingkat Mikro

Kebijakan mikro dalam lingkup puskesmas merupakan berbagai kebijakan yang mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Kebijakan mikro tersebut bersifat teknis program, yaitu kebijakan operasional atau pelaksanaannya dalam kesehatan. Berikut ini beberapa contoh kebijakan mikro lingkup puskesmas:

1. Kepmenkes RI Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas
2. Kepmenkes RI Nomor 564/Menkes/SK/VII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga
3. Kepmenkes RI Nomor 747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga.
	1. **Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009**

Sebagaimana sudah dijelaskan pada bagian “Kebijakan Lingkup Puskesmas Tingkat Meso” bahwa Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan merupakan acuan pembuatan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Berikut ini merupakan pembahasan isi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 terkait puskesmas

* + 1. Pembahasan Isi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Terkait dengan Puskesmas
1. Pasal 1 ayat (7) tentang Ketentuan Umum

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat.

1. Pasal 30, pasal 33-34 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan
	1. Pasal 30

1) Fasilitas pelayanan kesehatan, menurut jenis pelayanannya terdiri atas:

a. pelayanan kesehatan perseorangan; dan

b. pelayanan kesehatan masyarakat.

2) Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

a. pelayanan kesehatan tingkat pertama;

b. pelayanan kesehatan tingkat kedua; dan

c. pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

b. Pasal 33 ayat (1)

Setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan masyarakat yang dibutuhkan.

c. Pasal 34

1. Setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan perseorangan yang dibutuhkan.
2. Penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan dilarang mempekerjakan tenaga kesehatan yang tidak memiliki kualifikasi dan izin melakukan pekerjaan profesi.
3. Pasal 52-53 tentang Pelayanan Kesehatan

a. Pasal 52

1) Pelayanan kesehatan terdiri atas:

a. pelayanan kesehatan perseorangan; dan

b. pelayanan kesehatan masyarakat.

2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

b. Pasal 53

1. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.
	* 1. Sifat Kebijakan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Terkait dengan Puskesmas

Kebijakan mempunyai sifat mengatur, distribusi sumber daya baru, melindungi, dan perubahan distribusi sumber daya yang sudah ada. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagai sebuah kebijakan tentunya mempunyai sifat seperti kebijakan pada umumnya. Sifat kebijakan di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tertera pada pasal di dalam Undang-Undang tersebut. Berikut ini sifat kebijakan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

* + - 1. Sifat Regulatif

Pasal di bawah ini bersifat regulatif karena sifatnya mengatur ketentuan yang ada di dalam puskesmas

1. Pasal 1 ayat (7) tentang Ketentuan Umum
2. Pasal 33 ayat (1)
3. Pasal 34 ayat (1)
	* + 1. Sifat Protektif

Pasal di bawah ini bersifat protektif karena sifatnya melindungi masyarakat dengan mengatur hal yang diperbolehkan dan dilarang.

1. Pasal 34 ayat (2)
	* + 1. Sifat Distributif

Pasal di bawah ini bersifat disributif karena sifatnya yang menyebarluaskan sumber daya

1. Pasal 30 ayat (1) dan (2)
2. Pasal 52 ayat (1) dan (2)
3. Pasal 53 ayat (1) dan (2)
	1. **Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004**

Dalam rangka mengoptimalkan fungsi Pusat Kesehatan Masyarakat mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, diperlukan adanya kebijakan dan langkah-langkah strategis yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Puskesmas. Sehubungan dengan hal tersebut maka ditetapkan kebijakan dasar Puskesmas dengan Keputusan Menteri Kesehatan, yaitu Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Berikut ini merupakan penjabaran dari isi yang tertera dalam lampiran Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004.

4.3.1 Pembahasan Isi Kebijakan Dasar Puskesmas

* + - 1. Konsep Dasar Puskesmas
1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelaksana teknis (UPTD) dinas kesehatan kabupaten atau kota, puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten atau kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

1. Visi dan Misi Puskesmas

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah:

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.
3. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.
5. Tujuan Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

1. Fungsi Puskesmas

Ada tiga fungsi utama yang diemban Puskesmas dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dasar (PKD) kepada seluruh target sasaran masyarakat di wilayah kerjanya, yaitu:

* + - 1. **Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan**

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

* + - 1. Pusat pemberdayaan masyarakat

 Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

* + - 1. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

* + - 1. Kedudukan, Organisasi, dan Tata Kerja
1. Kedudukan Puskesmas

Kedudukan puskesmas dibedakan menurut keterkaitannya dengan SKN (Sistem Kesehatan Nasional), sistem kesehatan kabupaten atau kota dan sistem pemerintah daerah :

* + - 1. Sistem Kesehatan Nasional

Kedudukan puskesmas dalam sistem kesehatan nasional adalah sebagai saraba pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya.

* + - 1. Sistem Kesehatan Kabupaten atau Kota

Kedudukan puskesmas dalan sistem kesehatan kabupaten atau kota adalah sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan kabupaten atau kota di wilayah kerjanya.

* + - 1. Sistem Pemerintah Daerah

Kedudukan puskesmas dalam sistem pemerintahan daerah adalah sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota yang merupakan unit struktural Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kota bidang kesehatan di tingkat Kecamatan.

1. Organisasi Puskesmas
	* + 1. Struktur Organisasi

Struktur organisasi puskesmas tergantung dari kegiatan dan beban tugas masing-masing puskesmas. Peyusunan struktur organisasi puskesmas di satu Kabupaten atau Kota dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota, sedangkan penempatannya dilakukan dengan peraturan daerah.

* + - 1. Kriteria Personalia

Kriteria personalia yang mengisi struktur organisasi puskesmas disesuaikan dengan tugas dan tanggungjawab masing-masing unit puskesmas. Khusus untuk kepala puskesmas criteria tersebut dipersyaratkan harus ada seorang sarjana di bidang kesehatan yang kurikulum pendidikannya mencakup kesehatan masyarakat.

* + - 1. Eselon Kepala Puskesmas

Kepala puskesmas adalah penanggung jawab pembangunan kesehatan di tingkat kecamatan. Sesuai dengan tanggung jawab tersebut dan besarnya peran kepala puskesmas dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di tingkat kecamatan, maka jabatan kepala puskesmas setingkat dengan eselon III-B.

Dalam keadaan tidak tersedia tenaga yang memenuhi syarat untuk menjabat jabatan eselon III-B, ditunjuk pejabat sementara yang sesuai dengan kriteria kepala puskesmas, yakni seorang sarjana di bidang kesehatan yang kurikulum pendidikannya mencakup bidang kesehatan masyarakat, dengan kewenangan yang setara pejabat tetap.

1. Tata Kerja Puskesmas
	* + 1. Dengan kantor Kecamatan

Berkoordinasi dengan kecamatan melalui pertemuan berkala yang diadakan di tingkat kecamatan. Koordinasi tersebut mencakup perencanaan, penggerakkan pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian. Dalam hal perlaksanaan fungsi penggalian sumberdaya masyarakat oleh Puskesmas, koordinasi dengan kantor kecamatan mencakup pula kegiatan fasilitasi.

* + - 1. Dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. Dengan demikian secara teknis dan administratif puskemas bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. Sebaliknya, Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota bertanggung jawab membina serta memberikan bantuan administratif dan teknis kepada Puskesmas.

* + - 1. Dengan jaringan pelayanan kesehatan strata pertama

Sebagai mitra pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat dan swasta, Puskesmas menjalin kerjasama termasuk penyelenggaraan rujukan kesehatan dan memantau kegiatan yang diselenggarakan. Sedangkan sebagai pembina upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, Puskesmas melaksanakan bembingan teknis, pemberdayaan dan rujukan sesuai kebutuhan.

* + - 1. Dengan jaringan pelayanan kesehatan rujukan

Puskesmas menjalin kerjasama yang erat dengan berbagai pelayanan kesehatan rujukan. Untuk upaya kesehatan perorangan, jalinan kerjasama kesehatan tersebut diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan perorangan seperti rumah sakit (Kabupaten atau Kota) dan berbagai balai kesehatan masyarakat seperti BP4, BKKM, BKOM, dan lain sebagainya.

* + - 1. Dengan lintas sektor

Untuk hasil yang optimal dalam pembangunan kesehatan, puskesmas dapat mengkoordinasikan dengan berbagai lintas sektor terkait yang ada di tingkat kecamatan. Diharapkan di satu pihak, penyelenggaraan pembangunan kesehatan di kecamatan tersebut mendapat dukungan dari beberapa sector terkait, sedangkan di pihak lain pembangunan yang diselenggarakan oleh sektor lain di tingkat kecamatan berdampak positif terhadap kesehatan.

* + - 1. Dengan masyarakat

Puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Dukungan aktif terwujudkan dengan pembentukan konsil kesehatan kecamatan yang menghimpun berbagai tokoh masyarakat.

* + - 1. Upaya dan Azas Penyelenggaraan
1. Upaya

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui Puskermas yakni terwujudnya Kecamatan Sehat menuju Indonesia Sehat, Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yaitu :

* + - 1. Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional, dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia.

* + - 1. Upaya Kesehatan Pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan pemasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok Puskesmas yang telah ada.

1. Azas Penyelenggaraan

Penyelenggaraan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan harus menerapkan azas penyelenggaraan puskesmas secara terpadu. Azas penyelenggaraan tersebut dikembangkan dari ketiga fungsi Puskesmas. Dasar pemikirannya adalah pentingnya menerapkan prinsip dasar dari setiap fungsi Puskesmas dalam menyelenggarakan setiap upaya Puskesmas, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Azas penyelenggaraan yang dimaksud adalah:

1. Azas Pertanggungjawaban Wilayah

Azas pertanggungjawaban Puskesmas yang pertama adalah pertanggungjawaban wilayah. Dalam arti Puskesmas bertanggung jawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tingggal di wilayah kerjanya.

1. Azas Pemberdayaan Masyarakat

Azas penyelenggaran Puskesmas yang kedua adalah pemberdayaan mesyarakat. Dalam arti Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga, dan masyarakat agar berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas. Untuk ini, berbagai potensi masyarakat perlu dihimpun melalui pembentukkan Badan Penyantun Puskesmas (BPP).

1. Azas Keterpaduan

Untuk mengatasi keterbatasan sumber daya serta diperolehnya hasil yang optimal, penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas harus diselenggarakan secara terpadu, jika mungkin sejak dari tahap perencanaan. Ada dua macam keterpaduan yang perlu diperhatikan yakni keterpaduan lintas program dan keterpaduan lintas sector.

(4) Azas Rujukan

 Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas terbatas. Padahal Puskesmas berhadapan langsung dengan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatanmya. Untuk membantu puskesmas menyelesaikan berbagai masalah kesehatan tersebut dan juga untuk meningkatkan efisiensi, maka penyelenggaraan setiap upaya puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) harus ditopang oleh azas rujukan.

* + 1. Sifat Kebijakan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004

Secara garis besar, sifat kebijakan dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 adalah regulatif. Hal ini dapat dilihat dari isi keputusan tersebut mengenai konsep dasar, upaya dan azas penyelenggaraan, serta kedudukan, organisasi, dan tata kerja menekankan bahwa sifat dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 adalah fundamental. Pengertian dari sifat kebijakan regulatif sendiri adalah kebijakan yang dapat membatasi sekelompok individu dan lembaga atau sebaliknya ,memaksa melakukan suatu perilaku tertentu, dan mengatur segala aktifitas dan civitas dari pihak yang menetapkan kebijakan tersebut.

* 1. **Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006**

Pelaksanaan suatu kebijakan manajerial tidak lepas dari kebijakan teknis. Kepmenkes RI Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas merupakan salah satu kebijakan teknis dari Kepmenkes RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Keperawatan kesehatan masyarakat merupakan salah satu kegiatan pokok Puskesmas yang sudah ada sejak konsep Puskesmas diperkenalkan.

* + 1. Pembahasan Isi Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004
			1. Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Keperawatan kesehatan masyarakat pada dasarnya merupakan pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan, ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi. Dalam upaya penyampaian yang optimal dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) di semua tingkat pencegahan (levels of prevention). Upaya tersebut dilakukan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan.

* + - * 1. Pengertian

Keperawatan Kesehatan Masyarakat adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh, melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mandiri dalam upaya kesehatannya.

* + - * 1. Tujuan Pelayanan

Tujuan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah keperawatan kesehatan masyarakat yang optimal.

* + - * 1. Sasaran

Sasaran keperawatan masyarakat adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, kelompok beresiko tinggi termasuk kelompok atau masyarakat penduduk di daerah kumuh, terisolasi, berkonflik, dan daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan.

* + - * 1. Ciri Pelayanan

Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Merupakan perpaduan pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat
2. Adanya kesinambungan pelayanan kesehatan (*continuity of care*)
3. Fokus pelayanan pada upaya peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) baik pada pencegahan tingkat pertama, kedua maupun ketiga
4. Terjadi proses alih peran dari perawat kesehatan masyarakat kepada klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat) sehingga terjadi kemandirian
5. Ada kemitraan perawat kesehatan masyarakat dengan masyarakat dalam upaya kemandirian klien.
6. Memerlukan kerjasama dengan tenaga kesehatan lain serta masyarakat
	* + 1. Keperawatan Kesehatan Masyarakat sebagai Upaya Kesehatan Puskesmas

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/ SK/II/Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) merupakan pelayanan penunjang yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Apabila di suatu daerah terdapat masalah kesehatan spesifik yang membutuhkan intervensi keperawatan kesehatan masyarakat, maka perkesmas menjadi upaya kesehatan pengembangan.

1. Tujuan
2. Tujuan Umum

Meningkatnya kemandirian masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan khususnya masalah keperawatan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal

1. Tujuan Khusus :
2. Meningkatnya pengetahuan, sikap dan perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang kesehatan
3. Meningkatnya penemuan dini kasus - kasus prioritas
4. Meningkatnya penanganan keperawatan kasus prioritas di Puskesmas
5. Meningkatnya penanganan kasus prioritas yang mendapatkan tindak lanjut keperawatan di rumah.
6. Meningkatnya akses keluarga miskin mendapat pelayanan kesehatan atau keperawatan kesehatan masyarakat.
7. Meningkatnya pembinaan keperawatan kelompok khusus.
8. Memperluas daerah binaan keperawatan di masyarakat
9. Lingkup Pelayanan

Lingkup pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat meliputi upaya kesehatan perorangan (UKP) maupun upaya kesehatan masyarakat (UKM). Pelayanan kesehatan yang diberikan lebih difokuskan pada promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Upaya preventif meliputi pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*), pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*) maupun pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*).

1. Sasaran

Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Prioritas sasaran adalah yang mempunyai masalah kesehatan terkait dengan masalah kesehatan prioritas daerah, terutama:

1. Belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas serta jaringannya)
2. Sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan tetapi memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah.
	* 1. Sifat Kebijakan dalam Kepmenkes RI Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006

Secara garis besar, sifat kebijakan dari Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006 adalah distributif. Kebijakan ini merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan. Pelaksanaan kebijakan tersebut dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) yang dapat diinterpretasikan melalui program kesehatan dan pencegahan penyakit (preventif) melalui berbagai pendidikan kesehatan di semua tingkat pencegahan (levels of prevention).

**BAB 5**

**BERBAGAI KEBIJAKAN LINGKUP SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) KESEHATAN**

* 1. **Kebijakan Lingkup Sumber Daya Kesehatan Berdasarkan Tingkatan**

Kebijakan lingkup sumber daya kesehatan dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkatannya. Tingkatan yang dimaksud yaitu tingkat makro, tingkat meso, tingkat mikro. Tingkatan tersebut diklasifikasikan berdasarkan cakupan wilayahnya .

* + 1. Kebijakan Lingkup Sumber Daya Kesehatan Tingkat Makro

Kebijakan tingkat makro yang mengatur SDM kesehatan adalah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 menimbang pada Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yang saat ini sudah tidak berlaku. Undang Nomor 23 Tahun 1992 saat ini sudah tidak sesuai dengan kebutuhan hukum, perkembangan, dan tuntutan masyarakat.

 Kebijakan terbaru yang mengatur lingkup SDM kesehatan adalah Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan ini menjadi acuan kebijakan SDM kesehatan lainnya. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 termasuk kebijakan yang bersifat strategik.

* + 1. Kebijakan Lingkup Sumber Daya Kesehatan Tingkat Meso

Kebijakan meso yang mengatur SDM kesehatan adalah Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1992. Peraturan Pemerintah ini masih menimbang pada Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992, yang sudah tidak berlaku. Analisis dan pengkajian Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun1992 ternyata memiliki keterkaitan atau sama dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 sebagai kebijakan terbaru.

Konteks dari kedua kebijakan memiliki isi yang sama atau perubahan kalimat yang maksudnya sama. Contoh pada pengertian tenaga kesehatan kesehatan pada Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1992 sama dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009. Faktor perencanaan nasional tenaga kesehatan juga memiliki kesamaan diantara kedua kebijakan tersebut.

Pada Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1992 pasal 24 mengenai perlindungan hukum memiliki konteks isi yang sama dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 27. Konteks isi sama namun terdapat penambahan kata pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1992 tentang tenaga kesehatan bersifat manajerial.

* + 1. Kebijakan Lingkup Sumber Daya Kesehatan Tingkat Mikro

Kebijakan mikro dalam lingkup SDM kesehatan adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/IX/2009 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 317/MENKES/PER/III/2010. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/IX/2009 tentang Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 317/MENKES/PER/III/2010 mengatur tentang Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing.

Kedua kebijakan ini merupakan contoh diantara berbagai kebijakan di lingkup SDM Kesehatan. Kebijakan tersebut termasuk dalam kebijakan manajerial. Pada keempat kebijakan diatas mengingat pada UU Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan sebagai kebijakan makronya. Dan Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1992 tentang tenaga kesahatan sebagai kebijakan mesonya.

* 1. **Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009**

Pada Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 pasal 21 ayat 1 dikatakan bahwa pemerintah mengatur mengenai perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan. Pasal 21 dan 22 bersifat regulatif, sedangkan pasal 23 ayat 1 bersifat distributif karena berhak untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pasal 24 bersifat regulatif agar memenuhi ketentuan standar tenaga kesehatan.

Pasal 25 bersifat distributif karena pengadaan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan yang menjadi tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah. Pada pasal 26 ayat 1 bersifat regulatif karena pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan. Ayat 3 dikatakan bahwa pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan dilakukan dengan memperhatikan:

1. jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat;
2. jumlah sarana pelayanan kesehatan; dan
3. jumlah tenaga kesehatan sesuai dengan beban kerja pelayanan kesehatan yang ada.

Segala ketentuan, hak, dan kewajiban tenaga kesehatan diatur dalam pasal 22 hingga pasal 24. Tenaga kesehatan berwenang untuk melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian, namun diwajibkan untuk memiliki kualifikasi minimum yang diatur dalam Peraturan Menteri. Tenaga kesehatan harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional.

Dalam pasal 27 ayat 1 dikatakan bahwa tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugasnya sehingga bersifat distributif. Namun, tenaga kesehatan wajib meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Kewajiban tenaga kesehatan inilah bersifat regulatif. Hal ini dimaksudkan agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan berkembang sesuai ilmu dan teknologi baru.

Pada pasal 28 menjelaskan bahwa tenaga kesehatan wajib melakukan pemeriksaan kesehatan atas permintaan penegak hukum. Pemeriksaan didasarkan pada kompetensi yang sesuai dengan bidang ilmu. Pasal tersebut bersifat regulatif karena mengatur kewajiban untuk memenuhi kepentingan hukum. Tenaga kesehatan yang diduga melakukan kelalaian, harus diselesaikan melalui mediasi. Mediasi bertujuan untuk menyelesaikan sengketa di luar pengadilan oleh mediator yang disepakati oleh para pihak.

* 1. **Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun1992 tentang Tenaga Kesehatan**

 Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1992 mengatur kebijakan bagi tenaga kesehatan. Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 pada pasal 1, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan, melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Pada pasal 1 membahas ketentuan umum Peraturan Pemerintahan tersebut bersifat regulatif karena sifatnya yang mengatur secara umum dalam Peraturan Pemerintahan itu.

Jenis tenaga kesehatan pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan diatur dalam pasal 2. Pada pasal ini menjelaskan jenis tenaga kesehatan beserta jenis profesinya. Pasal 2 dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 bersifat regulatif karena mengatur siapa saja yang termasuk dalm tenaga kesehatan.

 Tabel 2. Jenis tenaga kesehatan dan lingkup profesinya

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Jenis tenaga kesehatan | Meliputi |
| 1 | Medis | Dokter dan dokter gigi. |
| 2 | Keperawatan | Perawat dan bidan |
| 3 | Kefarmasian | apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker |
| 4 | Kesehatan masyarakat | epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian. |
| 5 | Gizi | nutrisionis dan dietisien |
| 6 | Keterapian fisik | fisioterapis, okupasiterapis dan terapiswicara. |
| 7 | Keteknisian medis | radiografer, radioterapis, teknisi gigi,teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorikprostetik, teknisi transfusi dan perekam medis. |

Persyaratan secara umum tenaga kesehatan diatur dalam Bab III pasal 3 sampai 5. Pasal tersebut menjelaskan bahwa seorang tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga pendidikan. Tenaga kesehatan dapat melakukan upaya kesehatan setelah tenaga kesehatan yang bersangkutan memiliki izin dari Menteri. Pasal ketiga ini memiliki sifat regulatif mengatur tentang persyaratan tenaga kerja

Perencanaan, pengadaan dan penempatan tenaga kerja dijelaskan pada bab VI pasal 6-20. Pasal 6 sampai 14 bersifat distributif karena menyebarluaskan segala informasi, sumber daya, dan aturan yang bersifat baru kepada pihak yang terkait. Pada pasal 6 sampai 14 menjelaskan perencanaan dan pengadaan bagi seorang tenaga kerja.

Pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat. Pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan nasional tenaga kesehatan. Perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan faktor:

1. jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat
2. sarana kesehatan
3. jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Dalam Pengadaan tenaga kesehatan dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan yang dilakasanakan oleh pemerintah atau masyarakat. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan atau penguasaan pengetahuan di bidang teknis kesehatan. Penempatan tenaga kesehatan diatur dalam pasal 15 hingga pasal 20. Dalam pasal ini mewajibkan tenaga kesehatan untuk ditempatkan pada sarana kesehatan tertentu untuk jangka waktu tertentu dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

Standar Profesi bagi tenaga kesehatan diatur dalam pasal 21 sampai 23. Pasal 21 sampai 23 ini bersifat regulating karena dalam pasal ini mewajiban tenaga kesehatn untuk mematuhi standar profesi tenaga kesehatan. Pasal 24 tentang perlindungan hukum bersifat protektif tujuan untuk melindungi. Perlindungan hukum diberikan kepada tenaga kesehatan yang melakukan tugasnya sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan Pada Pasal 25 dalam Peraturan pemerintah ini mengatur menegenai penghargaan bagi tenaga kesehatan. Seorang tenaga kesehatan yang bertugas pada sarana kesehatan atas dasar prestasi kerja, pengabdian, kesetiaan, berjasa pada negara atau meninggal dunia dalam melaksanakan tugas diberikan penghargaan oleh diberikan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Bentuk penghargaaan berupa kenaikan pangkat, tanda jasa, uang atau bentuk lain.

Ikatan profesi telah diatur pada pasal 26 yang meliputi tenaga kesehatan dapat membentuk ikatan profesi sebagai wadah untuk meningkatkan dan/atau mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, martabat dan kesejahteraan tenaga kesehatan. Pasal 25 samapi 26 bersifat distributif karena bersifat menyebarluaskan sumber daya bertujuan mendorong kegiatan di sektor publik dan swasta yang membutuhkan intervensi.

Tenaga kesehatan warga negara asing hanya dapat melakukan upaya kesehatan atas dasar izin dari Menteri, yang telah diatur pada Bab VIII pasal 27. Pembinaan bagi tenaga kesehatan bertujuan untuk meningkatkan mutu pengabdian profesi tenaga kesehatan. Pembinaan untuk tenaga kesehatan telah diatur pada Bab IX pasal 28 sampai pasal 32. Pembinaan meliputi pembinaan karier, disiplin dan teknik profesi.

 Pembinaan karier tenaga kesehatan meliputi kenaikan pangkat, jabatan dan pemberian penghargaan. Sedangkan untuk pembinaan disiplin tenaga kesehatan menjadi tanggung jawab penyelenggara dan/atau pimpinan sarana kesehatan yang bersangkutan. Pembinaan teknis profesi tenaga kesehatan dapat dilaksanakan melalui bimbingan, pelatihan di bidang kesehatan, penetapan standar profesi tenaga kesehatan.

Pengawasan bagi tenaga kesehatan yang dilaksanakan oleh menteri untuk mengetahui palaksanaan tugas profesi yang dilakukannya. Dalam rangka pengawasan, menteri juga dapat mengambil tindakan tegas untuk mendisiplinkan tenaga kesehatan yang tidak melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan. Tindakan disiplin sebagaimana dimaksud berupa teguran dan pencabutan izin untuk melakukan upaya kesehatan.

Ketentuan pidana bagi seorang tenaga kesehatan diatur dalam Bab X Pasal 34, yang masih banayk mengacu pada undang-undang lama. Pasal ini bersifat regulatif karena bersifat mengatur dan membatasi tenaga kesehatan dan lembaga atau sebaliknya memaksa melakukan suatu perilaku tertentu. Kebijakan  regulasi akan berhasil dijalankan jika perilaku mendukung terus menerus dipantau dan dimotivasi.

**5.4 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 971/Menkes/Per/XI/2009**

Pada Permenkes RI Nomor 971/Menkes/Per/XI/2009 mengatur Kualifikasi dan standar kompetensi pejabat struktural Dinkes, RS, Puskesmas, dan UPT/UPTD. Permenkes RI Nomor 971/Menkes/Per/XI/2009 merupakan salah satu kebijakan yang bersifat manajerial karena dikeluarkan oleh menteri kesehatan.

Pengangkatan pegawai ke dalam suatu jabatan struktural kesehatan dilakukan setelah memenuhi persyaratan kualifikasi serta standar kompetensi jabatan yang akan dipangkunya. Pengangkatan tersebut dilakukan melalui serangkaian proses rekrutmen dan seleksi sesuai peraturan perundang-undangan. Standar kompetensi jabatan sebagaimana dimaksud meliputi kompetensi dasar, kompetensi bidang, dan kompetensi khusus.

Kompetensi dasar yang harus dimiliki oleh pejabat struktural meliputi integritas, kepemimpinan, perencanaan, penganggaran, pengorganisasian, kerjasama, dan fleksibel. Kompetensi bidang meliputi orientasi pada pelayanan dan kualitas, berpikir analitis dan konseptual, inovasi, serta keahlian tehnikal, manajerial, dan profesional. Kompetensi khusus yang harus dimiliki oleh pejabat struktural meliputi pendidikan, pelatihan, dan pengalaman jabatan. Kompetensi pejabat struktural kesehatan yang diatur dalam peraturan ini adalah kompetensi khusus.

5.4.1 Kompetensi Pejabat Struktural Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten, atau Kota

Kompetensi pejabat struktural dinas kesehatan provinsi, kabupaten, atau kota diatur dalam pasal 19 sampai pasal 21. Pasal tersebut berisi persyaratan latar belakang pendidikan minimal, kewajiban mengikuti pelatihan, dan persyaratan tambahan lain. Pejabat struktural dinas kesehatan provinsi, kabupaten, atau kota meliputi kepala, sekretaris, kepala bidang atau bagian, dan kepala seksi atau kepala subbagian. Seorang sarjana kesehatan masyarakat dapat menduduki posisi sebagai kepala bagian dan subbagian dinas kesehatan.

Tabel 3. Kompetensi Pejabat Struktural Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten, atau Kota

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Posisi | Pendidikan | Pelatihan | Tambahan |
| Kepala | Sarjana Strata 2 di bidang Kesehatan Masyarakat | Kepemimpinan, rencana strategis, sistem manajemen informasi kesehatan, pengembangan komunitas, surveilans, epidemiologi, manajemen bencana, *Early Warning Outbreak Recognition System* | Diutamakan yang memiliki pengalaman jabatan paling singkat tiga tahun sebagai kepala bidang di dinas kesehatan provinsi, kabupaten, maupun kota, atau kepala dinas kesehatan di provinsi, kabupaten, atau kota lainnya |
| Sekretaris |
| Kepala Bagian dan Kepala Seksi | Paling sedikit sarjana kesehatan | Mengikuti pelatihan sesuai bidang tugasnya | \_ |

Dalam Permenkes tersebut tidak dijelaskan pendidikan Sarjana Strata 2 pada kepala dan sekretaris apakah merupakan pendidikan minimal. Hal tersebut menimbulkan pertanyaan apakah Sarjana Strata 3 diperbolehkan atau tidak menduduki jabatan tersebut. Pada kepala bagian dan subbagian juga tidak dijelaskan pelatihan yang harus diikuti. Pelatihan yang dimaksud harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.

5.4.2 Kompetensi Pejabat Struktural Rumah Sakit

Kompetensi pejabat struktural rumah sakit diatur dalam pasal 10 sampai dengan pasal 17. Pejabat struktural kesehatan RS meliputi direktur, wakil direktur (pelayanan medis, administrasi umum, keuangan, SDM, pendidikan), kepala bagian, dan kepala subbagian. Seorang sarjana kesehatan masyarakat dapat menduduki posisi kepala bagian dan subbagian RS serta direktur RS namun dengan ketentuan tertentu sesuai dengan pasal 10.

Tabel 4. Kompetensi Pejabat Struktural Rumah Sakit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Posisi | Pendidikan | Pelatihan | Tambahan |
| Direktur | Tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan | Kepemimpinan, kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana strategis bisnis, rencana implementasi dan tahunan, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi RS, pengelolaan SDM | Pengalaman jabatan pada direktur menentukan kelas rumah sakit yang dapat dipimpin (ketentuan sesuai dengan pasal 10)  |
| Wakil Direktur Pelayanan Medis, Administrasi Umum, Keuangan, Sumber Daya Manusia, Pendidikan | Sarjana Strata 2 di bidang kesehatan, sedangkan wakil direktur keuangan paling sedikit Sarjana Ekonomi atau Akuntansi | Pelatihan disesuaikan dengan bidang masing-masing (diatur dalam pasal 11 sampai dengan pasal 15) | Diutamakan yang memiliki pengalaman jabatan paling singkat tiga tahun di bidang masing-masing |
| Kepala Bagian | Paling sedikit Sarjana sesuai dengan bidang kerjanya | Mengikuti pelatihan kepemimpinan dan kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai, dan sistem remunerasi | Diutamakan yang memiliki pengalaman jabatan paling singkat tiga tahun sesuai dengan bidang tugasnya |
| Kepala Subbagian | - |

Dalam Permenkes RI Nomor 971/Menkes/Per/XI/2009 juga terdapat kompetensi pejabat struktural Puskesmas, yaitu dalam pasal 22. Seorang sarjana kesehatan masyarakat dapat menduduki jabatan kepala Puskesmas karena memenuhi persyaratan dalam pasal tersebut. Isi pasal tersebut adalah sebagai berikut:

* 1. Kepala Puskesmas berlatar belakang pendidikan paling sedikit tenaga medis atau sarjana kesehatan lainnya.
	2. Kepala Puskesmas telah mengikuti pelatihan manajemen Puskesmas dan pelatihan fasilitator pusat kesehatan desa.
	3. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.

5.4.4 Kompetensi Pejabat Struktural UPT/UPTD

Kompetensi pejabat struktural UPT/UPTD dalam Permenkes RI Nomor 971/Menkes/Per/XI/2009 diatur dalam pasal 23. Seorang sarjana kesehatan masyarakat harus melanjutkan studi S2 terlebih dahulu untuk dapat menjadi kepala UPT/UPTD. Isi pasal 23 adalah sebagai berikut:

* 1. Kepala UPT/UPTD berlatar belakang pendidikan tenaga medis atau sarjana kesehatan dengan pendidikan Sarjana Strata 2 di bidang kesehatan.
	2. Kepala UPT/UPTD telah mengikuti pelatihan rencana strategis, pelatihan teknis di bidangnya, kepemimpinan, dan sistem informasi manajemen kesehatan.
	3. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.

**5.5** **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 317/Menkes/Per/III/2010**

Pendayagunaan tenaga kesehatan warga negara asing di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 317/Menkes/Per/III/2010. Tenaga kesehatan warga negara asing (TK-WNA) merupakan warga negara asing pemegang izin tinggal terbatas yang memilki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan. Pendayagunaan TK-WNA dipertimbangkan sepanjang terdapat hubungan bilateral antara negara Republik Indonesia dengan negara asal TK-WNA, serta dibuktikan dengan adanya hubungan diplomatik.

Bidang pekerjaan yang dapat ditempati oleh TK-WNA meliputi pemberi pelatihan dalam rangka alih teknologi dan ilmu pengetahuan serta pemberi pelayanan. Tenaga pendamping merupakan tenaga kesehatan Indonesia dengan keahlian yang sesuai dan ditunjuk sebagai calon pengganti TK-WNA. TK-WNA hanya dapat bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu, kecuali pada pemberian pertolongan pada bencana atas izin pihak yang berwenang. TK-WNA dilarang praktik secara mandiri, termasuk dalam kerja sosial. TK-WNA dilarang menduduki jabatan personalia dan jabatan tertentu sesuai peraturan perundang-undangan serta melaksanakan tugas yang tidak sesuai dengan keahlian, jabatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan wilayah kerja yang sudah ditentukan oleh Izin Memperkerjakan Tenaga Kerja Asing (IMTA).

Jenis, kualifikasi pendidikan, dan persyaratan TK-WNA diatur dalam bab II Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 317/Menkes/Per/III/2010. Dalam bab tersebut dijelaskan persyaratan TK-WNA Pemberi Pelayanan atau Pelatihan, serta jangka waktu bekerja mereka. Bagi TK-WNA Pemberi Pelayanan, harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP). TK-WNA Pemberi Pelayanan juga memiliki kewajiban untuk mengikuti proses evaluasi yang dilaksanakan sesuai peraturan perundang-undangan.

Evaluasi merupakan proses penyesuaian kemampuan TK-WNA agar memenuhi kompetensi yang tepat untuk bekerja di Indonesia. Serta hanya dapat bekerja di rumah sakit kelas A dan B yang telah terakreditasi. Khusus untuk fasilitas pelayanan kesehatan yang mempekerjakan TK-WNA harus memiliki izin operasional tetap dan telah berjalan minimal dua tahun. Ketentuan lebih lanjut tentang syarat yang harus dipenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan yang akan mendayagunakan TK-WNA diatur dalam pasal 12 sampai dengan pasal 17.

Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing diatur dalam bab VI Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 317/Menkes/Per/III/2010. Hak dari TK-WNA adalah untuk mendapatkan perlindungan hukum dan kompensasi dari fasilitas pelayanan kesehatan yang mempekerjakan sesuai kontrak. Kewajiban TK-WNA adalah menyampaikan laporan kegiatan atau pekerjaan sesuai dengan kompetensinya secara periodik kepada organisasi profesi. Mereka juga berkewajiban menaati standar profesi, standar pelayanan, dan etika profesi. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 317/Menkes/Per/III/2010 termasuk kebijakan manajerial karena dikeluarkan oleh menteri kesehatan.

Sebagian besar kebijakan yang terdapat pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 317/Menkes/Per/III/2010 tentang Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing di Indonesia bersifat regulatif. Sedangkan kebijakan yang bersifat distributif ataupun protektif hanya sebagian kecil. Kebijakan seperti ini diperlukan untuk membatasi jumlah TK-WNA yang melakukan praktik pelayanan kesehatan. Tujuannya agar TK-WNA tidak dengan mudahnya mengambil alih lingkup pelayanan kesehatan tenaga kesehatan warga negara Indonesia.