



PENELITIAN

KESEHATAN GRATIS & TRANSFORMASI KESEHATAN DI KABUPATEN BELU



Kerjasama LPPM UNDANA & Pemerintah Kabupaten BELU
2023



Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, karena dengan rahmat dan hidayat-Nya, sehingga Penelitian Kesehatan Gratis dan Transformasi Kesehatan Di Kabupaten Belu dapat kami selesaikan.

Dokumen Penelitian Kesehatan Gratis dan Transformasi Kesehatan Di Kabupaten Belu dilaksanakan dengan menggunakan metode penelitian kualitatif. Dengan pendekatan kualitatif ini, diharapkan diperoleh hasil penelitian yang dapat mendeskripsikan secara intensif tentang: Keberhasilan pelaksanaan Peraturan Bupati Belu, Kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas dan Rumah Sakit dan Tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan di puskesmas dan rumah sakit, serta dapat memberi masukan bagi perbaikan pelaksanaan program kesehatan gratis di Kabupaten Belu.

Pada kesempatan ini juga Tim Peneliti menyampaikan limpa terimakasih atas kepercayaan yang diberikan oleh Pemerintah Kabupaten Belu melalui LPPM Undana untuk melakukan kajian Kesehatan Gratis dan Transformasi Kesehatan Di Kabupaten Belu.

Harapan kami, hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pembangunan daerah bidang kesehatan di Kabupaten Belu. Tak lupa kami mohon diberikan kritik dan saran yang membangun dan senantiasa kami terima dengan senang hati demi hasil yang lebih baik di masa depan.

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
PRAKATA.....	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii

BAB I. PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang.....	1
I.2 Permasalahan.....	3
I.3 Tujuan Penelitian.....	4
I.4 Manfaat Penelitian.....	4
I.5 Metode Penelitian.....	5

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Efektivitas dan Perlindungan Hukum.....	10
II.2 Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia.....	14
II.3 Kewajiban Pemerintah.....	17
II.4 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).....	18
II.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).....	20
II.6 Kualitas dan Kepuasan Layanan.....	22

BAB III. HASIL DAN PEMBAHASAN

III.1 Efektifitas Peraturan Bupati Belu Nomor 35 Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegritas Dengan Jaminan Kesehatan nasioanal Dalam Pemenuhan <i>Universal Converage</i> di Kabupaten Belu.....	28
III.2 Kualitas Pelayanan Kesehatan di FKTP dan FKTL di Kabupaten Belu.....	44

III.3 Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan di FKTP dan FKTL di Kabupaten Belu.....	84
 BAB IV. PENUTUP	
IV.1 Kesimpulan.....	92
IV 2 Rekomendasi.....	96
 DAFTAR PUSTAKA.....	 97
LAMPIRAN.....	100

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel III.1.1 Anggaran Kesehatan Kabupaten Belu Terhadap APBD Kabupaten Belu Tahun 2020-2022.....	32
Tabel III.1.2 Standar Ketenagaan Puskesmas.....	34
Tabel III.1.3 Jumlah Puskesmas Menurut Kecamatan di Kabupaten Belu Tahun 2023.....	34
Tabel III.1.4 Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Kecamatan di Kabupaten Belu 2022.....	35
Tabel III.1.5 Distribusi Dokter Spesialis pada RSUD di Kabupaten Belu Tahun 2023.....	38
Tabel III.1.6 Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Belu.....	39
Tabel III.1.7 Jumlah Penduduk Kabupaten Belu Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2020.....	42
Tabel III.2.1 Distribusi FKTP dan FKTL di Kabupaten Belu yang Bekerjasama dengan BPJS Tahun 2023.....	44
Tabel III.2.2 Distribusi Sarana Kesehatan, Luas Wilayah, Jarak Tempuh, Laju Pertumbuhan Penduduk dan Jumlah Penduduk di Kabupaten Belu Tahun 2022.....	50
Tabel III.2.3 Rasio Ketersediaan Puskesmas dan Status Aksesibilitas Per Kecamatan di Kabupaten Belu Tahun 2022.....	53
Tabel III.2.4 Distribusi Puskesmas Berdasarkan Status Akreditasi, Kriteria Puskesmas dan Kemampuan Penyelenggaraan di Kabupaten Belu Tahun 2022.....	56
Tabel III.2.5 Distribusi Pustu, Rasio Pustu dan Status Aksesibilitas di Kabupaten Belu Tahun 2022.....	58
Tabel III.2.6 Distribusi Klinik, Rasio Klinik, Status Aksesibilitas dan Jarak Tempuh Per Kecamatan di Kabupaten Belu Tahun 2022.....	60

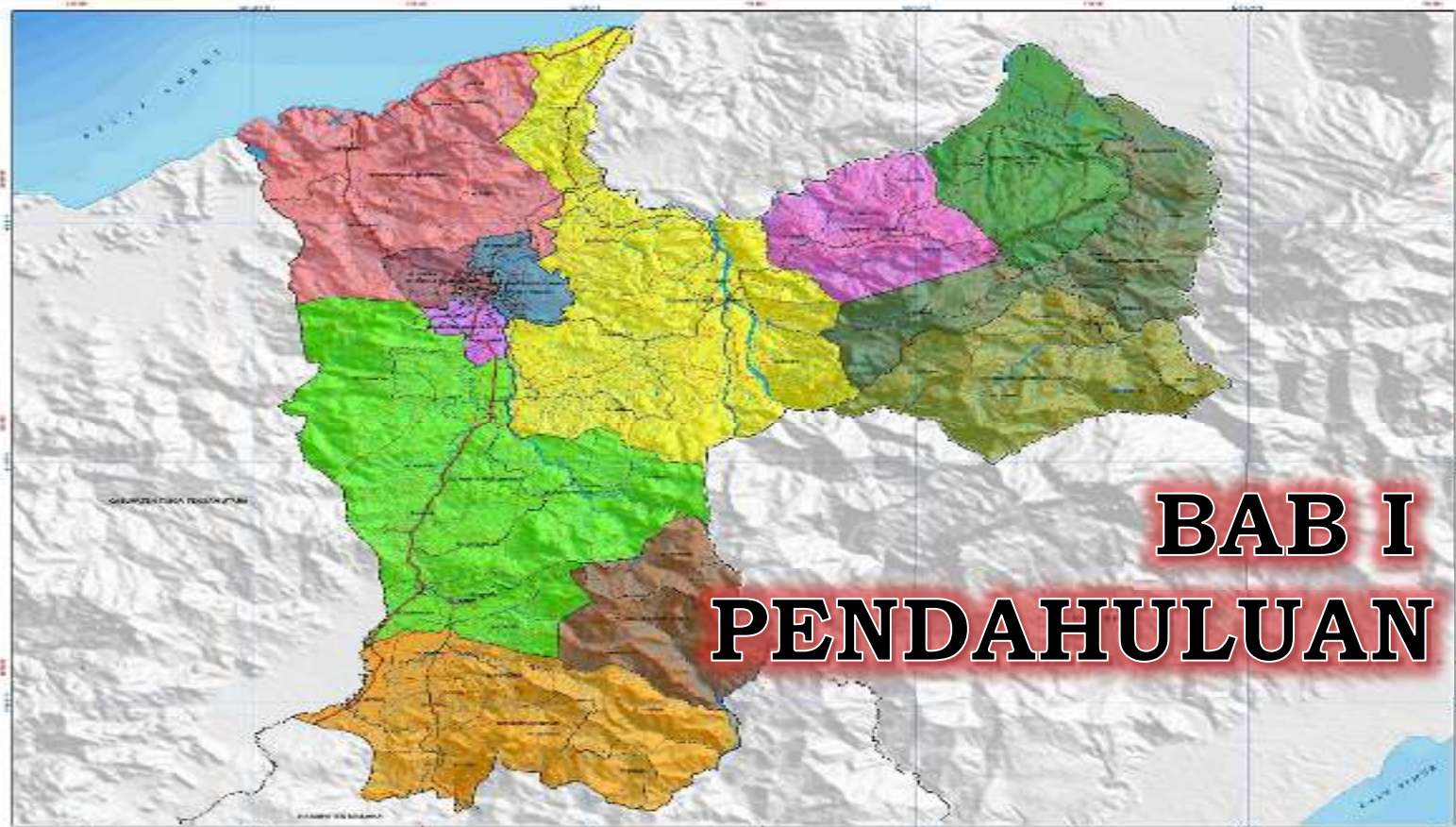
Tabel III.2.7	Distribusi Apotek, Rasio Apotek, Status Aksesibilitas dan Jarak Tempuh Per Kecamatan di Kabupaten Belu Tahun 2022.....	63
Tabel III.2.8	Distribusi Unit Tempat Tidur (TT) Rumah Sakit, Data Kunjungan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap di FKTL Tahun 2020-2021.....	67
Tabel III.2.9	Rasio Tenaga Kesehatan Berdasarkan Kepmenko Bidang Kesra No.54 Tahun 2013 di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022.....	69
Tabel III.2.10	Rasio Tenaga Kesehatan Berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 22 Tahun 2021 di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022.....	70
Tabel III.2.11	Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap di Kabupaten Belu Tahun 2020-2023.....	71
Tabel III.2.12	Indikator Kinerja Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Di kabupaten Belu Tahun 2020-2021.....	75
Tabel III.2.13	Alokasi Anggaran dan Realisasi Anggaran Jaminan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Belu Tahun 2021-2023.....	78
Tabel III.2.14	Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Kepesertaan Kabupaten Belu Tahun 2020, 2021 dan 2022.....	79

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar III.1.1 Jumlah SDM Kesehatan di Rumah Sakit Kabupaten Belu Tahun 2022.....	37
Gambar III.2.1 Jumlah Puskesmas di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022.....	47
Gambar III.2.2 Distribusi Tenaga Dokter Spesialis, Dokter, Dokter Gigi, Apoteker, Bidan, Perawat dan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022.....	68
Gambar III.2.3 Distribusi Tenaga Kesling, Gizi, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknik Biomedika Lainnya, Keterampilan Fisik, Keteknisian Medis & Tenaga Teknis Kefarmasian di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022.....	68
Gambar III.2.4 Trend Kasus Kematian Ibu, Kematian Bayi dan Balita di Kabupaten Belu Selama Tahun 2020-2022.....	72
Gambar III.2.5 Trend Kasus Stunting di Kabupaten Belu Selama Tahun 2020-2023.....	73
Gambar III.2.6 Distribusi Peserta JKN-KIS Berdasarkan Segmentasi Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan PKG di Kabupaten Belu Tahun 2021-2023.....	80
Gambar III.2.7 Progress Capaian UHC di Kabupaten Belu Sebelum dan Sesudah Program Kesehatan Gratis (PKG) di Kabupaten Belu Tahun 2021-2023.....	80

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kontrak Penelitian
- Lampiran 2. Panduan Data Sekunder dan FGD
- Lampiran 3. Materi FGD
- Lampiran 4. Jadwal Seminar Awal dan Kegiatan FGD
- Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 6. CV Tim Peneliti



1.1. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan merupakan sesuatu yang penting bagi manusia serta keberhasilan pembangunan sesuatu bangsa. Oleh karenanya, Negara perlu menyelenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Plato mengungkapkan bahwa Negara dibentuk oleh dan ditujukan untuk manusia. Negara mensejahterakan rakyatnya adalah suatu keharusan. Aristoteles pun mengatakan, tujuan pembentukan Negara adalah untuk kebaikan seluruh rakyat-bukan untuk sekelompok orang saja. Rakyat harus selalu menjadi tujuan dan sasaran dari semua kebijakan. Hal ini pun berlaku di Indonesia, sebagaimana digariskan Pendiri Bangsa (*founding fathers*) yang diamanatkan dalam Pembukaan dan Undang-Undang Dasar 1945.

Pasal 28H ayat (3) UUD 1945 menyatakan bahwa, setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Ditegaskan pula dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 bahwa Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi



seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Jaminan sosial bagi masyarakat tertuang pula dalam *Article 22, Universal Declaration of Human Rights 1958*, yakni:

“Everyone, as a member of society, has the right to social security and is entitled to realization, through national effort and international cooperation and in accordance with the organization and resources of each state of the economic, social and cultural rights indispensable for his dignity and the free development of his personality”: (setiap orang sebagai anggota masyarakat berhak atas jaminan sosial dan berhak melaksanakan dengan perantaraan usaha-usaha nasional dan kerja sama Internasional dan sesuai dengan organisasi serta sumber-sumber kekayaan dari setiap negara, hak-hak ekonomi, sosial dan kebudayaan yang sangat diperlukan untuk martabat dan pertumbuhan bebas pribadinya)

Akhirnya-harapan masyarakat Indonesia untuk memiliki Jaminan Kesehatan Nasional secara perlahan dapat diwujudkan dengan terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial¹. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak². BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dan sebagainya.

Pasal 10 Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2011 Tentang BPJS, Tugas dari BPJS adalah:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. Menerima bantuan Iuran dari Pemerintah;
- d. Mengelola dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program Jaminan Sosial;

¹ Lihat, Pasal 1 ayat (1) UU No 24 Tahun 2011 Tentang BPJS

² Lihat, Pasal 1 ayat (2) UU No 24 Tahun 2011 Tentang BPJS



- f. Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial;
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan Program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat.

Lahirnya BPJS merupakan amanat Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Nasional yang ditegaskan pula dalam Putusan Mahkamah Konstitusi pada perkara Nomor: 007/PU-III/2005 tanggal 31 Agustus 2005³.

Pelaksanaan Jamina Kesehatan di Kabupaten Belu dilaksanakan berdasarkan Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegrasi Dengan Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Pemenuhan *Universal Health Coverage* Di Kabupaten Belu. Tujuan peraturan ini adalah:

- a. Membantu dan meringankan beban penduduk dalam pembiayaan pelayanan kesehatan;
- b. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Belu secara paripurna melalui pelayanan jaminan kesehatan di Kabupaten Belu;
- c. Meningkatkan pelayanan Jaminan bagi seluruh penduduk Belu yang berkualitas dan komperhensif, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif; dan
- d. Terselenggaranya pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat dengan pola jaminan kesehatan nasional dalam pemenuhan *Universal Health Coverage*.

Sasaran penerima manfaat dari Peraturan Bupati ini adalah warga kabupaten Belu yang berobat ke UPT. Puskesmas atau Rumah Sakit Umum. Persyaratan untuk mendapatkan pembebasan biaya retribusi pelayanan kesehatan antara lain: memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kabupaten Belu dan atau memiliki kartu identitas lain yang menyatakan bahwa pasien berdomisili di Kabupaten Belu.

1.2 Permasalahan

Dari penjelasan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan

³ Putusan MK No 007/PU-III/2005 menyatakan bahwa Pasal 5 ayat (2), ayat (3) dan ayat (4) UU No 40 Tahun 2004 Tentang SJSN bertentangan dengan UUD 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sehingga pembentukan BPJS harus dibentuk dengan Undang-Undang—maka lahirlah BPJS seperti yang diatur dalam UU No 24 Tentang BPJS.



beberapa permasalahan adalah:

- a. Bagaimana Efektifitas Peraturan Bupati Belu Nomor 35 Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegritas Dengan Jaminan Kesehatan nasional Dalam Pemenuhan *Universal Coverage* di Kabupaten Belu?
- b. Bagaimana kualitas dan tingkat kepuasan masyarakat pada pelayanan fasilitas kesehatan (Puskesmas dan rumah Sakit).

1.3 Tujuan Penelitian

- a. Untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan Peraturan Bupati Belu Nomor 35 Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegritas Dengan Jaminan Kesehatan nasional Dalam Pemenuhan *Universal Coverage* di Kabupaten Belu? Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 di Kabupaten Belu.
- b. Untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas dan Rumah Sakit.
- c. Untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan di puskesmas dan rumah sakit.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun Manfaatnya adalah :

- a. Bagi Akademis
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi positif yang dapat menunjang bagi pengembangan ilmu.
- b. Bagi Praktis
Hasil penelitian ini diharapkan akan membantu pemerintah Kabupaten Belu untuk dapat memperbaiki dan lebih meningkatkan pelayanan Kesehatan gratis bagi Masyarakat Belu serta dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai salah satu pertimbangan dalam pengambilan kebijakan pemerintah khusus bidang Kesehatan.



1.5 Metode Penelitian

Jenis Penelitian

Untuk menjawab tujuan tersebut, kajian ini akan menerapkan metode penelitian kualitatif. Menurut Afrizal⁴ menyatakan bahwa penelitian kualitatif adalah Metode penelitian Ilmu-ilmu Sosial yang mengumpulkan dan menganalisis data berupa kata-kata (lisan maupun tulisan) dan perbuatan-perbuatan manusia serta penelitian tidak berusaha menghitung atau mengkuantifikasikan data kualitatif yang telah diperoleh dan dengan demikian tidak menganalisis angka-angka.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang mengumpulkan dan menganalisis data dengan latar ilmiah serta tidak berusaha menghitung data atau tidak menganalisis angka.

Sehingga kajian ini menggunakan metode kualitatif dengan judul Penelitian Bidang Kesehatan (Kesehatan Gratis dan Transformasi Kesehatan di Kabupaten Belu).

Dengan pendekatan kualitatif ini, diharapkan diperoleh hasil penelitian yang dapat mendeskripsikan secara intensif tentang: Keberhasilan pelaksanaan Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 di Kabupaten Belu, Kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas dan Rumah Sakit dan Tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan di puskesmas dan rumah sakit, serta dapat memberi masukan bagi perbaikan bagi pemerintah Daerah Kabupaten Belu.

Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Kabupaten Belu

Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data seekunder⁵.

1. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber atau dapat disebut sebagai data utama yang diperoleh dari wawancara dan FGD.

⁴ Afrizal. 2016. Metode Penelitian Kualitatif: Sebuah Upaya Mendukung Penggunaan Penelitian Kualitatif Dalam Berbagai Disiplin Ilmu. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada, Hal. 13

⁵ Mulyadi, Mohammad. 2016. Metode Penelitian Praktis Kualitatif & Kuantitatif. Jakarta: Publica Press, Hal 114



2. Sedangkan data sekunder merupakan data yang dikumpulkan oleh peneliti dari sumber yang telah tersedia sehingga peneliti dapat disebut sebagai tangan kedua yang diperoleh dan diambil dari dokumen, observasi, foto, data serta penelitian terdahulu yang relevan.

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah: Pemangku Kebijakan, Pelaksana Kegiatan dan Penerima Manfaat.

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah: Purposive Sampling. yaitu teknik pengambilan sampel dengan cara memberikan penilaian sendiri terhadap sampel di antara populasi yang dipilih. Penilaian itu diambil tentunya apabila memenuhi kriteria tertentu yang sesuai dengan topik penelitian.

Teknik Pengumpulan Data

Sugiyono⁶ Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama adalah mendapatkan data. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah Studi lapangan dan kepustakaan.

1. Studi Lapangan

Studi lapangan dilakukan untuk memperoleh data primer dengan menggunakan teknik wawancara, observasi dan FGD yang melibatkan pemangku kebijakan, pelaksana pelayanan kesehatan dan masyarakat penerima manfaat pengobatan gratis di Kabupaten Belu.

2. Studi Kepustakaan

Melakukan kegiatan mencatat, menelaah dan membahas ulasan bahan pustaka yang diperoleh dari data sekunder sesuai dengan masalah yang diteliti.

Teknik Analisis Data

Untuk menjawab tujuan penelitian, maka penelitian ini menerapkan 3 (tiga) metode utama untuk analisis data yaitu menggunakan pendekatan kualitatif berupa analisis kualitatif deskriptif, analisis yuridis empiris dan

⁶ Sugiyono. 2015. Metode Penelitian Tindakan Komprehensif: Untuk Perbaikan Kinerja dan Pengembangan Ilmu Tindakan. Jakarta: Alfabeta, Hal. 224



analisis kesenjangan (*gap analysis*). Secara ringkas ketiga metode tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

1. Analisis kualitatif deskriptif digunakan untuk menggambarkan data-data sekunder dan primer yang diperoleh dari pelaksanaan penelitian. Berdasarkan analisis tersebut selanjutnya diturunkan informasi yang berguna dan relevan sesuai dengan rumusan masalah, tujuan dan manfaat yang diharapkan dari pelaksanaan penelitian ini. Kualiatatif deskriptif utamanya digunakan untuk menganalisis data-data yang diperoleh dari pengumpulan data sekunder pada study pustaka serta data-data primer yang diperoleh dari *focus group discussion* (FGD).
2. Analisis yuridis empiris, pada dasarnya merupakan penelitian hukum kepustakaan yang dilakukan dengan cara mengkaji bahan-bahan kepustakaan atau data sekunder yang relevan. Dalam Penelitian ini, metode yuridis normatif dilakukan melalui telaahan terhadap data sekunder berupa peraturan perundang-undangan atau dokumen hukum lain, serta referensi-referensi lainnya yang berkaitan dengan kesehatan gratis dan transformasi kesehatan di Kabupaten Belu. Sedangkan metode yuridis empiris atau sosio-legal adalah penelitian yang diawali dengan penelitian normatif atau penelaahan terhadap peraturan perundang-undangan (normatif) yang dilanjutkan dengan observasi yang mendalam untuk mendapatkan data faktor non hukum yang terkait, yaitu dengan menggunakan *benchmarking* atau penerapan empiris terkait layanan kesehatan gratis di Kabupaten Belu.
3. Analisis kesenjangan (*gap analysis*), merupakan suatu teknik analisis deskriptif yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor kinerja penting apa yang harus ditunjukkan oleh suatu institusi dalam memenuhi kepuasan para pengguna jasa mereka. Meski awalnya metode ini juga digunakan dalam bidang riset pemasaran dan perilaku konsumen, namun metode ini juga digunakan secara luas pada riset-riset yang berkaitan dengan pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan, sekolah, hingga analisis atas kinerja birokrasi publik (pemerintah). Pada penelitian ini, metode analisis kesenjangan (*gap analysis*) difokuskan untuk memetakan aspek-aspek dalam pelayanan kesehatan di



Kabupaten Belu berkaitan dengan kondisi (ideal) yang diharapkan/seharusnya dengan kondisi eksisting saat ini. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi aspek-aspek mana saja dalam pelayanan kesehatan yang sudah berjalan baik, sehingga perlu dipertahankan, dan aspek-aspek mana saja yang belum berjalan sesuai harapan sehingga perlu di tingkatkan ke depannya. Dengan demikian, mendapatkan gab antara kondisi eksisting pelayanan kesehatan dengan kondisi idealnya.

Teknik analisis data adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk mempermudah peneliti dalam memperoleh kesimpulan. Menurut Miles dan Huberman⁷ analisis terdiri dari tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan yaitu: reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan/verifikasi. Mengenai ketiga alur tersebut secara lebih lengkapnya adalah sebagai berikut:

1. Reduksi Data

Pada suatu penelitian pasti akan mendapat data yang banyak dan beragam, karena itulah diperlukan analisis data. Data yang diperoleh dan ditulis dalam bentuk laporan atau data yang terperinci, laporan yang disusun berdasarkan data yang direduksi, dirangkum, serta diambil hal-hal pokok yang berfokus pada hal-hal yang penting. Reduksi data ini dilakukan dengan memilih data yang diperlukan dalam penelitian tersebut.

2. Penyajian Data

Data display merupakan suatu cara untuk memperlihatkan data mentah sehingga terlihat perbedaan antara data yang diperlukan dalam penelitian dan data yang tidak diperlukan. Sedangkan fungsi dari display adalah untuk memudahkan dalam memahami apa yang terjadi serta merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan dengan yang telah dipahami.

3. Kesimpulan dan verifikasi

Suatu kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, serta dapat berubah jika tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat untuk

⁷ Milles dan Huberman, Analisis Data Kualitatif, Jakarta: Universitas Indonesia Press, 1992, Hlm. 16.



mendukung data yang dikumpulkan, tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat penelitian kembali ke lapangan pengumpulan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel.





II.1 Efektivitas dan Perlindungan Hukum

Banyak ahli yang mendefenisikan atau mengartikan tentang perlindungan hukum yang **Pertama**, Perlindungan Hukum adalah memberikan pengayoman kepada hak asasi manusia yang dirugikan orang lain dan perlindungan tersebut diberikan kepada masyarakat agar mereka dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh hukum¹. **Kedua**, Perlindungan Hukum adalah perlindungan akan harkat dan martabat, serta pengakuan terhadap hak-hak asasi manusia yang dimiliki oleh subyek hukum berdasarkan ketentuan hukum dari kesewenangan². Sehingga perlindungan hukum ini adalah berbagai upaya hukum yang harus diberikan oleh aparat penegak hukum untuk memberikan rasa aman, baik secara pikiran maupun fisik dari gangguan dan berbagai ancaman dari pihak manapun. **Ketiga**, Perlindungan Hukum adalah sebagai kumpulan peraturan atau kaidah yang akan dapat melindungi suatu hal dari hal lainnya. Misalnya, berkaitan dengan konsumen, berarti hukum memberikan

¹ Satjipto Raharjo. 1993. *Penyelenggaraan Keadilan dalam Masyarakat yang Sedang Berubah*. Jurnal Masalah Hukum. hlm.16

² Philipus M. Hadjon. 1987. *Perlindungan Hukum Bagi Rakyat Indonesia*. Surabaya: Bina Ilmu. hlm.34



perlindungan terhadap hak-hak pelanggan dari sesuatu yang mengakibatkan tidak terpenuhinya hak-hak tersebut. **Keempat**, Perlindungan Hukum adalah penyempitan arti dari perlindungan, dalam hal ini hanya perlindungan oleh hukum saja. Perlindungan yang diberikan oleh hukum, terkait pula dengan adanya hak dan kewajiban, dalam hal ini yang dimiliki oleh manusia sebagai subyek hukum dalam interaksinya dengan sesama manusia serta lingkungannya. Sebagai subyek hukum manusia memiliki hak dan kewajiban untuk melakukan suatu tindakan hukum³.

Kata “efektif” bisa diartikan sebagai sesuatu yang ada efek timbulnya (pengaruhnya, kesannya akibatnya) sejak dimulai berlaku suatu Undang-Undang atau peraturan. Kata efektivitas sendiri lahir dari kata efektif, yang artinya terjadi suatu efek atau akibat yang dikehendaki dalam suatu perbuatan. Efektivitas adalah kemampuan melaksanakan tugas, fungsi (operasi kegiatan program atau misi) daripada suatu organisasi atau sejenisnya yang tidak adanya tekanan atau ketegangan diantara pelaksanaannya.⁴

Teori Efektivitas Soerjono Soekanto, Hukum sebagai kaidah merupakan patokan mengenai sikap tindak atau perilaku yang pantas. Metode berpikir yang dipergunakan adalah metode deduktif-rasional, sehingga menimbulkan jalan pikiran yang dogmatis. Di lain pihak ada yang memandang hukum sebagai sikap tindak atau perilaku yang teratur (ajeg). Metode berpikir yang digunakan adalah induktif-empiris, sehingga hukum itu dilihatnya sebagai tindak yang diulang-ulang dalam bentuk yang sama, yang mempunyai tujuan tertentu.⁵

Soerjono Soekanto menyatakan efektif atau tidaknya suatu hukum ditentukan oleh 5 (lima) faktor yaitu:

Faktor hukumnya sendiri (Undang-Undang)

Hukum berfungsi untuk keadilan, kepastian dan kemanfaatan. Dalam praktik penyelenggaraan hukum di lapangan ada kalanya terjadi

³ CST Kansil. 1989. Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka. Hlm.67.

⁴ Kamus Besar Bahasa Indonesia, (Jakarta: Balai Pustaka, 2002), Hal. 284.

⁵ Soerjono Soekanto, *Beberapa Permasalahan Hukum dalam Kerangka Pembangunan di Indonesia*, Jakarta: Universitas Indonesia, 1976, Hal. 40.



pertentangan antara kepastian hukum dan keadilan. Kepastian Hukum sifatnya konkret berwujud nyata, sedangkan keadilan bersifat abstrak sehingga ketika seseorang hakim memutuskan suatu perkara secara penerapan undang-undang saja maka ada kalanya nilai keadilan itu tidak tercapai. Maka ketika melihat suatu permasalahan mengenai hukum setidaknya keadilan menjadi prioritas utama. Karena hukum tidaklah semata-mata dilihat dari sudut hukum tertulis saja, Masih banyak aturan-aturan yang hidup dalam masyarakat yang mampu mengatur kehidupan masyarakat. Mengenai faktor hukum dalam hal ini dapat diambil contoh pada pasal 363 KUHP yang perumusan tindak pidananya hanya mencantumkan maksimumnya saja, yaitu 7 tahun penjara sehingga hakim untuk menentukan berat ringannya hukuman dimana ia dapat bergerak dalam batas-batas maksimal hukuman.⁶

Faktor penegak hukum, yakni pihak-pihak yang membentuk maupun menerapkan hukum

Faktor ini meliputi pihak-pihak yang membentuk maupun menerapkan hukum atau *law enforcement*. Bagian-bagian itu law enforcement adalah aparat penegak hukum yang mampu memberikan kepastian, keadilan, dan kemanfaat hukum secara proporsional. Setiap aparat dan aparat diberikan kewenangan dalam melaksanakan tugasnya masing-masing, yang meliputi kegiatan penerimaan laporan, penyelidikan, penyidikan, penuntutan, pembuktian, penjatuhan vonis dan pemberian sanksi, serta upaya pembinaan kembali terpidana. Dalam pelaksanaannya penegakan hukum oleh penegak hukum di atas dijumpai beberapa halangan yang disebabkan oleh penegak hukum itu sendiri, halangan-halangan tersebut antara lain: Keterbatasan kemampuan untuk menempatkan diri dalam peranan pihak lain dengan siapa dia berinteraksi; Tingkat aspirasi yang relative belum tinggi; Kegairahan yang sangat terbatas untuk memikirkan masa depan, sehingga sulit sekali untuk membuat suatu proyeksi; Belum adanya kemampuan untuk menunda pemuasan suatu kebutuhan tertentu,

⁶ Ibid, Hal. 51



terutama kebutuhan materiel; dan Kurangnya daya inovatif yang sebenarnya merupakan pasangan konservatisme.⁷

Menurut Soerjono Soekanto hambatan maupun halangan penegak hukum dalam melakukan penegakan hukum tersebut dapat diatasi dengan cara mendidik, membiasakan diri untuk mempunyai sikap-sikap antara lain: sikap terbuka, senantiasa siap menerima perubahan, peka terhadap masalah yang terjadi, senantiasa mempunyai informasi yang lengkap, orientasi ke masa kini dan masa depan, menyadari potensi yang dapat di kembangkan, berpegang pada suatu perencanaan, percaya pada kemampuan iptek, menyadari dan menghormati hak dan kewajiban, berpegang teguh pada keputusan yang diambil atas dasar penalaran dan perhitungan yang mantab.⁸

Faktor sarana atau fasilitas yang mendukung penegakan hukum;

Fasilitas pendukung secara sederhana dapat dirumuskan sebagai sarana untuk mencapai tujuan. Ruang lingkupnya terutama adalah sarana fisik yang berfungsi sebagai faktor pendukung. Fasilitas pendukung mencakup tenaga manusia yang berpendidikan dan terampil, organisasi yang baik, peralatan yang memadai, keuangan yang cukup dan sebagainya. Menurut Soerjono Soekanto sendiri menyatakan bahwa tidak mungkin penegakan hukum akan berlangsung dengan lancar tanpa adanya sarana atau fasilitas yang memadai. Fasilitas atau sarana yang memadai tersebut, antara lain, mencakup tenaga manusia yang berpendidikan dan terampil, organisasi yang baik, peralatan yang memadai, keuangan yang cukup, dan seterusnya. Kalau hal itu tidak terpenuhi maka mustahil penegakan hukum akan mencapai tujuannya. Kita bisa bayangkan bagaimana penegakan peraturan akan berjalan sementara aparat penegaknya memiliki pendidikan yang tidak memadai, memiliki tata kelola organisasi yang buruk, di tambah dengan keuangan yang minim.⁹

Faktor masyarakat, yakni lingkungan dimana hukum tersebut berlaku atau diterapkan

⁷ Ibid, Hal. 67

⁸ Ibid, Hal. 69

⁹ Ibid, Hal. 77



Penegakan hukum berasal dari masyarakat dan bertujuan untuk mencapai kedamaian didalam masyarakat. Masyarakat mempunyai pendapat-pendapat tertentu mengenai hukum.¹⁰ Jika penegak hukum menyadari dirinya dianggap hukum oleh masyarakat, maka kemungkinan penafsiran mengenai pengertian perundang-undangan bisa terlalu luas atau bahkan terlalu sempit. Selain itu mungkin timbul kebiasaan untuk kurang menelaah bahwa perundang-undangan kadangkala tertinggal dengan perkembangan di dalam masyarakat. Anggapan masyarakat tersebut harus mengalami perubahan dalam kadar tertentu. Perubahan tersebut dapat dilakukan melalui penerangan atau penyuluhan hukum yang bersinambungan dan senantiasa dievaluasi hasil-hasilnya, untuk kemudian dikembangkan lagi. Kegiatan-kegiatan tersebut nantinya dapat menempatkan hukum pada kedudukan dan peranan yang semestinya.

Faktor kebudayaan, yakni sebagai hasil karya, cipta dan rasa yang didasarkan pada karsa manusia di dalam pergaulan hidup.

Pasangan nilai yang berperan dalam hukum menurut Soerdjono Soekanto adalah sebagai berikut: Nilai ketertiban dan nilai ketenteraman; Nilai jasmaniah/kebendaan dan nilai rohaniah/seakhlakan; Nilai kelanggengan/konservatisme dan nilai kebaruan/inovatisme. Dengan adanya keserasian nilai dengan kebudayaan masyarakat setempat diharapkan terjalin hubungan timbal balik antara hukum adap dan hukum positif di Indonesia, dengan demikian ketentuan dalam pasal-pasal hukum tertulis dapat mencerminkan nilai-nilai yang menjadi dasar dari hukum adat supaya hukum perundang-undangan tersebut dapat berlaku secara efektif. Kemudian diharapkan juga adanya keserasian antar kedua nilai tersebut akan menempatkan hukum pada tempatnya.¹¹

II.2 Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia

Hak Asasi Manusia (HAM) adalah hak yang melekat pada manusia karena kelahirannya sebagai manusia. Hak-hak tersebut diperoleh bukan

¹⁰ Ibid, *Hukum dan Masyarakat*, Bandung: Angkasa, 1980, Hal. 87.

¹¹ A.A.A. Peter dan Koesriani Siswosebroto, *Hukum dan Perkembangan Hukum, Dalam Pendekatan Sosiologis Terhadap Hukum*, Adam Podgorecci dan Christoper J. Whelan, eds, Jakarta: Sinar harapan, 1988, Hal. 87.



pemberian orang lain ataupun negara, tetapi karena kelahirannya sebagai manusia. Dalam konteks religius hak-hak ini merupakan karunia Tuhan, dan hanya Tuhanlah yang berhak mencabutnya. Karena HAM merupakan hak yang diperoleh saat kelahirannya sebagai manusia, maka HAM meliputi hak-hak yang apabila dicabut atau dikurangi akan mengakibatkan berkurang derajat kemanusiaannya. Ukuran derajat kemanusiaan selalu berkembang sesuai dengan peradaban masyarakatnya. Jelas bahwa hak dasar pertama adalah hak hidup yang membawa konsekuensi adanya hak-hak lain seperti hak mendapatkan kehidupan dan pekerjaan yang layak, hak berkeluarga dan melanjutkan keturunan, hak mendapatkan kewarganegaraan dan hak mengeluarkan pendapat, berserikat dan berkumpul. Pada perkembangan selanjutnya, derajat kemanusiaan juga ditentukan oleh tingkat pendidikan dan kesehatannya, sehingga pendidikan dan kesehatan pun kemudian menjadi hak asasi manusia dengan segala perangkat hak lain untuk mendapatkan pendidikan dan kesehatan.

Kesehatan merupakan kondisi sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang mungkin setiap orang produktif secara ekonomis¹². Karena itu kesehatan merupakan dasar dari diakuinya derajat kemanusiaan. Tanpa kesehatan, seseorang menjadi tidak sederajat secara kondisional. Tanpa kesehatan, seseorang tidak akan mampu memperoleh hak-haknya yang lain. Seseorang yang tidak sehat dengan sendirinya akan berkurang haknya atas hidup, tidak bisa memperoleh dan menjalani pekerjaan yang layak, tidak bisa menikmati haknya untuk berserikat dan berkumpul serta mengeluarkan pendapat, dan tidak bisa memperoleh pendidikan demi masa depannya. Singkatnya, seseorang tidak bisa menikmati sepenuhnya kehidupan sebagai manusia.

Pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia dan sebagai kondisi yang diperlukan untuk terpenuhinya hak-hak lain telah diakui secara internasional. Hak atas kesehatan meliputi hak untuk mendapatkan kehidupan dan pekerjaan yang sehat, hak untuk mendapatkan pelayanan

¹² Lihat ketentuan Pasal 1 point (1) UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.



kesehatan, dan perhatian khusus terhadap kesehatan ibu dan anak. Pasal 25 *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR) menyatakan:

1. Setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, sandang, papan, dan pelayanan kesehatan, pelayanan sosial yang diperlukan, serta hak atas keamanan pada saat menganggur, sakit, cacat, ditinggalkan oleh pasangannya, lanjut usia, atau keadaan-keadaan lain yang mengakibatkan merosotnya taraf kehidupan yang terjadi diluar kekuasaannya.
2. Ibu dan anak berhak mendapatkan perhatian dan bantuan khusus. Semua anak, baik yang dilahirkan di dalam maupun di luar perkawinan, harus menikmati perlindungan sosial yang sama.

Jaminan hak atas kesehatan¹³ juga diatur dalam Konvensi PBB, Pasal 12 ayat (1) Konvensi Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, yaitu bahwa negara peserta konvenan tersebut mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai dalam hal kesehatan fisik dan mental. Perlindungan terhadap hak-hak Ibu dan anak juga mendapat perhatian terutama dalam Konvensi Hak Anak. Instrumen internasional lain tentang hak atas kesehatan juga terdapat pada Pasal 12 dan 14 Konvensi Internasional tentang Penghapusan Semua Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, dan ayat 1 Deklarasi Universal tentang Pemberantasan Kelaparan dan kekurangan Gizi.

Pada lingkup nasional, Pasal 28 H ayat (1) UUD 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 9 UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa:

1. Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya.
2. Setiap orang berhak hidup tenteram, aman, damai, bahagia, sejahtera, lahir dan batin.

¹³ Lihat Ketentuan Pasal 12 ayat (1) Konvensi Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang ditetapkan oleh Majelis Umum PBB 2200 A (XXI) tanggal 16 Desember 1966



3. Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat.

Jaminan atas hak memperoleh derajat kesehatan yang optimal juga terdapat dalam Pasal 4 UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan. Yang berbunyi sebagai berikut : “Setiap orang berhak atas kesehatan”.

II.3 Kewajiban Pemerintah

Landasan utama bahwa perlindungan HAM merupakan kewajiban pemerintah adalah prinsip demokrasi bahwa sesungguhnya pemerintah diberi amanah kekuasaan adalah untuk melindungi hak-hak warga negara. Terlebih lagi dengan konsep negara kesejahteraan (welfare state) sebagai konsep negara modern telah memberikan kekuasaan lebih besar pada pemerintah untuk bertindak. Kekuasaan ini semata-mata adalah untuk memajukan dan mencapai pemenuhan hak asasi manusia. Pemerintah tidak lagi hanya menjaga agar seseorang tidak melanggar atau dilanggar haknya, namun harus mengupayakan pemenuhan hak-hak tersebut. Demikian pula dengan hak atas kesehatan, merupakan kewajiban pemerintah untuk memenuhinya.

Kewajiban Pemerintah untuk memenuhi hak atas kesehatan sebagai hak asasi manusia memiliki landasan yuridis internasional dalam Pasal 2 ayat (1) Konvensi Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya. Pasal 28 I ayat (4) UUD 1945 menyatakan bahwa perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah. Kewajiban pemerintah ini juga ditegaskan dalam Pasal 8 UU HAM. Di bidang kesehatan, Pasal 7 UU Kesehatan menyatakan bahwa pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Pasal 9 UU Kesehatan menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Upaya pemenuhan hak atas kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai macam cara yang meliputi pencegahan dan penyembuhan. Upaya pencegahan meliputi penciptaan kondisi yang layak bagi kesehatan baik menjamin ketersediaan pangan dan pekerjaan, perumahan yang baik, dan lingkungan yang sehat. Sedangkan upaya penyembuhan dilakukan dengan



penyediaan pelayanan kesehatan yang optimal. Pelayanan kesehatan meliputi aspek jaminan sosial atas kesehatan, sarana kesehatan yang memadai, tenaga medis yang berkualitas, dan pembiayaan pelayanan yang terjangkau oleh masyarakat. Pasal 12 Konvensi Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya menguraikan langkah-langkah yang harus diambil untuk mencapai terwujudnya standar tertinggi dalam mencapai kesehatan fisik dan mental adalah¹⁴:

1. Ketentuan pengurangan tingkat kelahiran mati anak serta perkembangan anak yang sehat;
2. Peningkatan semua aspek kesehatan lingkungan dan industri;
3. Pencegahan, perawatan dan pengendalian segala penyakit menular endemik, penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan dan penyakit lainnya; dan
4. Penciptaan kondisi-kondisi yang menjamin adanya semua pelayanan dan perhatian medis ketika penyakit timbul.

UU tentang Kesehatan mengatur berbagai macam upaya yang menjadi tanggung jawab pemerintah untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Secara umum, Pasal 10 UU Kesehatan menyatakan bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitasi) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

II.4 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Perlu dilakukan telaah pustaka mengenai Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), perkembangan sejarah pembiayaan dan aspek social politik/ekonomi masyarakat, perbandingan dengan luar negeri, dan kebijakan terbaru BPJS. Pasal demi pasal UU SJSN dan UU BPJS perlu

¹⁴ Lihat Ketentuan Pasal 12 Konvensi Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya



ditelaah. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Seluruh rakyat wajib menjadi peserta tanpa kecuali. Program jaminan sosial yang diprioritaskan untuk mencakup seluruh penduduk terlebih dahulu adalah program jaminan kesehatan.

Sistem Jaminan Sosial Nasional pada dasarnya merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Implementasi program ini diharapkan bahwa seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan dengan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas dan portabilitas dengan kepesertaan bersifat wajib, dana amal dan hasil pengelolaan jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta jaminan. Untuk melaksanakan jaminan sosial sesuai undang-undang diperlukan badan penyelenggara jaminan sosial yang harus dibentuk dengan Undang-Undang. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial yang dimaksud adalah¹⁵

- a. Perusahaan Perseroan (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK)
- b. Perusahaan Perseroan (Persero) Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN)
- c. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI)
- d. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES)

Untuk menyelenggarakan sistem Jaminan Sosial Nasional dibentuklah Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dimana Dewan ini bertanggungjawab terhadap presiden yang berfungsi merumuskan kebijakan

¹⁵ Kementerian Kesehatan RI, Buku Saku FAK BPJS Kesehatan, Sekretariat Jenderal, Jakarta 2013.



umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Nasional. Dewan Jaminan Sosial bertugas¹⁶:

- a. Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial
- b. Mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional
- c. Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada pemerintah.

Dewan jaminan sosial dalam hal ini berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan jaminan sosial. Dalam menjalankan tugasnya DJSN beranggotakan 15 (lima belas) orang, yang terdiri dari unsur pemerintah, tokoh dan/atau ahli yang memahami bidang jaminan sosial, organisasi pemberi kerja dan organisasi pekerja. Dalam melaksanakan tugasnya, DJSN dapat meminta masukan dan bantuan tenaga ahli. Salah satu tugas wajib DJSN yaitu melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan Jaminan Sosial setiap 6 (bulan) dan melaporkan hasilnya kepada pihak terkait termasuk kepada BPJS.

Kepesertaan dan Iuran dalam Jaminan Sosial Nasional dibebankan kepada Pemerintah, Pemberi Kerja dan Individu. Pemberi Kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program Jaminan sosial yang diikuti. Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Penerima Bantuan Iuran yang dimaksud adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.

Dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini diatur penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pensiun, jaminan hari tua dan jaminan kematian bagi seluruh penduduk melalui iuran wajib peserta. Program-program jaminan sosial tersebut diselenggarakan oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan Penyelenggara ini merupakan transformasi dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang sekarang telah

¹⁶Lihat Ketentuan Pasal 7 ayat (3) UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional



berjalan dan dimungkinkan membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.

II.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Pembentukan BPJS menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT.Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT.TASPEN (Persero) dan PT.ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial¹⁷. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban. Undnag-Undang ini membentuk 2 (dua) BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Terbentuknyadua BPJS ini diharapkan secara bertahap akan memperluas jangkauan kepesertaan progam jaminan sosial.

BPJS mempunyai tugas sesuai Undang-Undang¹⁸ yaitu:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta
- b. Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja
- c. Menerima bantuan Iuran dari Pemerintah
- d. Mengelola dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program Jaminan Sosial
- f. Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan Program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat

Dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS berhak untuk memperoleh dana operasinal untuk penyelenggaraan program yang

¹⁷ Lihat Ketentuan Pasal 52 UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

¹⁸ Lihat ketentuan Pasal 10 UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

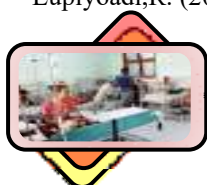
BPJS memberikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN. Pelaksanaan BPJS di bawah pengawasan lembaga eksternal dan internal. Pengawasan internal BPJS dilakukan oleh Dewan Pengawas dan satuan pengawas internal. Pengawasan eksternal BPJS dilakukan oleh DJSN dan lembaga pengawas independen. DJSN melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial. Lembaga pengawas independen adalah Otoritas Jasa Keuangan.

II.6 Kualitas dan Kepuasan Layanan

Setiap organisasi modern dan maju senantiasa mengedepankan bentuk-bentuk aktualisasi kualitas layanan. Kualitas layanan yang dimaksud adalah memberikan bentuk pelayanan yang optimal dalam memenuhi kebutuhan, keinginan, harapan dan kepuasan dari pelanggan yang meminta pelayanan dan yang meminta dipenuhi pelayanannya. Konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan ditentukan oleh lima unsur yang biasa dikenal dengan istilah kualitas layanan “RATER” (*responsiveness, assurance, tangible, empathy dan reliability*). Konsep kualitas layanan RATER intinya adalah membentuk sikap dan perilaku dari pengembang pelayanan untuk memberikan bentuk pelayanan yang kuat dan mendasar, agar mendapat penilaian sesuai dengan kualitas layanan yang diterima. Lebih jelasnya dapat diuraikan mengenai bentuk-bentuk kualitas layanan dengan menerapkan konsep “RATER” yang dikemukakan oleh Parasuraman dalam Lupiyoadi¹⁹, sebagai berikut:

1. Keandalan (Reliability) yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat

¹⁹ Lupiyoadi, R. (2013). Manajemen Pemasaran Jasa. Jakarta : Salemba Empat. Hal.



dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dan dengan akurasi yang tinggi. Tuntutan keandalan pegawai dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah dan lancar menjadi syarat penilaian bagi orang yang dilayani dalam memperlihatkan aktualisasi kerja pegawai dalam memahami lingkup dan uraian kerja yang menjadi perhatian dan fokus dari setiap pegawai dalam memberikan pelayanannya. Inti pelayanan keandalan adalah setiap pegawai memiliki kemampuan yang andal, mengetahui mengenai seluk-beluk prosedur kerja, mekanisme kerja, memperbaiki berbagai kekurangan atau penyimpangan yang tidak sesuai dengan prosedur kerja dan mampu menunjukkan, mengarahkan dan memberikan arahan yang benar kepada setiap bentuk pelayanan yang belum dimengerti oleh masyarakat, sehingga memberi dampak positif atas pelayanan tersebut yaitu pegawai memahami, menguasai, handal, mandiri dan profesional atas uraian kerja yang ditekuninya.

2. Jaminan dan kepastian (Assurance) yaitu pengetahuan, kesopanan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan. Hal ini meliputi beberapa komponen antara lain komunikasi (communication), kredibilitas (credibility), keamanan (security), kompetensi (competence), dan sopan santun (courtesy). Inti dari bentuk pelayanan yang meyakinkan pada dasarnya bertumpu kepada kepuasan pelayanan yang ditunjukkan oleh setiap pegawai, komitmen organisasi yang menunjukkan pemberian pelayanan yang baik, dan perilaku dari pegawai dalam memberikan pelayanan, sehingga dampak yang ditimbulkan dari segala aktivitas pelayanan tersebut diyakini oleh orang-orang yang menerima pelayanan, akan dilayani dengan baik sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang dapat diyakini sesuai dengan kepastian pelayanan.
3. Berwujud (Tangible) yaitu kemampuan perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan yang dapat diandalkan keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dari



pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa. Hal ini meliputi fasilitas fisik (contoh: gedung, gudang, dan lain-lain), perlengkapan dan peralatan yang digunakan (teknologi), serta penampilan pegawainya. Berarti dalam memberikan pelayanan, setiap orang yang menginginkan pelayanan dapat merasakan pentingnya bukti fisik yang ditunjukkan oleh pengembang pelayanan, sehingga pelayanan yang diberikan memberikan kepuasan. Bentuk pelayanan bukti fisik biasanya berupa sarana dan prasarana pelayanan yang tersedia, teknologi pelayanan yang digunakan, performance pemberi pelayanan yang sesuai dengan karakteristik pelayanan yang diberikan dalam menunjukkan prestasi kerja yang dapat diberikan dalam bentuk pelayanan fisik yang dapat dilihat.

4. Empati (Empathy) yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada pelanggan dengan berupaya memahami keinginan pelanggan. Dimana suatu perusahaan diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan. Empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan untuk mengembangkan dan melakukan aktivitas pelayanan sesuai dengan tingkat pengertian dan pemahaman dari masing-masing pihak tersebut. Pihak yang memberi pelayanan harus memiliki empati memahami masalah dari pihak yang ingin dilayani. Pihak yang dilayani seyogyanya memahami keterbatasan dan kemampuan orang yang melayani, sehingga keterpaduan antara pihak yang melayani dan mendapat pelayanan memiliki perasaan yang sama. Artinya setiap bentuk pelayanan yang diberikan kepada orang yang dilayani diperlukan adanya empati terhadap berbagai masalah yang dihadapi orang yang membutuhkan pelayanan. Pihak yang menginginkan pelayanan membutuhkan adanya rasa kepedulian atas segala bentuk pengurusan pelayanan, dengan merasakan dan memahami kebutuhan tuntutan pelayanan yang cepat, mengerti berbagai bentuk perubahan



pelayanan yang menyebabkan adanya keluhan kesah dari bentuk pelayanan yang harus dihindari, sehingga pelayanan tersebut berjalan sesuai dengan aktivitas yang diinginkan oleh pemberi pelayanan dan yang membutuhkan pelayanan.

5. Ketanggapan (Responsiveness) yaitu suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat/responsif dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu merupakan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan.

Kepuasan terhadap pelayanan dipengaruhi oleh beberapa faktor berikut ²⁰:

- a. Kepuasan terhadap akses layanan kesehatan
- b. Kepuasan terhadap mutu layanan kesehatan.
- c. Kepuasan terhadap proses layanan kesehatan, termasuk hubungan antar manusia.
- d. Kepuasan terhadap system layanan kesehatan.

Yang dijelaskan sebagai berikut:

- a. Kepuasan terhadap akses layanan kesehatan

Kepuasan terhadap akses layanan kesehatan akan dinyatakan oleh sikap dan pengetahuan tentang:

- 1) Sejauh mana layanan kesehatan itu tersedia pada waktu dan saat dibutuhkan.
- 2) Kemudahan memperoleh layanan kesehatan, baik dalam keadaan biasa ataupun keadaan gawat darurat.
- 3) Sejauh mana pasien mengerti bagaimana sistem layanan Kesehatan itu bekerja, keuntungan dan tersedia layanan kesehatan.

- b. Kepuasan terhadap mutu layanan kesehatan

Kepuasan terhadap mutu layanan kesehatan akan dinyatakan oleh sikap terhadap:

- 1) Kompetensi teknik dokter dan/atau profesi layanan kesehatan lain

²⁰ Imbalo, S. (2006). Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-Dasar Pengertian Dan Penerapan, Jakarta : EGC



yang berhubungan dengan pasien.

- 2) Keluaran dari penyakit atau bagaimana perubahan yang dirasakan oleh pasien sebagai hasil dari layanan kesehatan.
- c. Kepuasan terhadap proses layanan kesehatan, termasuk hubungan antar manusia.

Kepuasan terhadap proses layanan kesehatan, termasuk hubungan antarmanusia akan ditentukan dengan melakukan pengukuran.

- 1) Sejauh mana ketersediaan layanan puskesmas dan atau rumah sakit menurut penilai pasien.
 - 2) Persepsi tentang perhatian dan kepedulian dokter dan atau profesi layanan kesehatan lain.
 - 3) Tingkat kepercayaan dan keyakinan terhadap dokter.
 - 4) Tingkat pengertian tentang kondisi atau diagnosis.
 - 5) Sejauh mana tingkat kesulitan untuk dapat mengerti nasihat dokter dan/atau rencana pengorbanan.
- d. Kepuasan terhadap system layanan kesehatan.

Kepuasan terhadap system layanan kesehatan ditentukan oleh sikap terhadap:

- 1) Fasilitas fisik dan lingkungan layanan kesehatan.
- 2) System perjanjian, termasuk menunggu giliran, waktu nunggu, pemanfaatan, waktu selama menunggu, sikap mau menolong atau kepedulian personel, mekanisme pemecahan masalah dan keluhan yang timbul.
- 3) Lingkup dan sifat keuntungan dan layanan kesehatan yang ditawarkan.

Hal tersebut dinyatakan melalui pengamatan :

- a) Luasnya layanan medis yang digunakan di luar system layanan kesehatan.
- b) Proporsi pasien yang meninggalkan program dan memilih program kesehatan lain.
- c) Jumlah dan jenis keluhan yang diterima system layanan kesehatan.
- d) Perjanjian yang batal dan angka pembatalan.



- e) Angka ketersediaan obat dari resep obat yang diberikan.
- f) Proporsi pasien yang mengganti dokter (jika dimungkinkan oleh system).





III.1 EFEKTIFITAS PERATURAN BUPATI BELU NOMOR 35 TAHUN 2023 TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN BUPATI BELU NOMOR 21 TAHUN 2021 TENTANG PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH YANG TERINTEGRITAS DENGAN JAMINAN KESEHATAN NASIOANAL DALAM PEMENUHAN *UNIVERSAL CONVERAGE* DI KABUPATEN BELU;

Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 12 ayat (1) huruf b Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, Maka pemerintah Kabupaten Belu perlu mengambil kebijakan di bidang kesehatan untuk diimplementasikan melalui pelayanan kesehatan masyarakat.

Untuk mengetahui efektif tidaknya Peraturan Bupati Belu Nomor 35 Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegritas Deangan Jaminan Kesehatan nasioanal Dalam Pemenuhan *Universal Converage* di Kabupaten Belu, maka Soerjono Soekanto menyatakan efektif atau tidaknya suatu hukum ditentukan oleh 5 (lima) faktor yaitu:

1. Faktor hukumnya sendiri,

Berdasarkan lampiran Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, telah membagi urusan pemerintahan/kewenangan antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota. Pembagian urusan pemerintahan atau kewenangan tersebut bertujuan agar terciptanya efisiensi, efektifitas dan sinergitas diantara cabang kekuasaan pemerintahan tersebut dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat yang merata. Dengan bekal urusan pemerintahan/kewenangan yang telah dibagi dalam rangka menjalankan otonomi daerah maka hal tersebut merupakan modal dasar yang dimiliki oleh kepala daerah dalam menetapkan peraturannya.

Pasal 8 ayat (2) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan menyebutkan bahwa peraturan gubernur diakui keberadaannya dan mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang “diperintahkan oleh peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi” atau “dibentuk berdasarkan kewenangan”. Pasal 246 ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menyebutkan peraturan gubernur dibentuk “untuk melaksanakan Peraturan daerah” atau “atas kuasa peraturan perundang-undangan”.

Ketentuan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 120 Tahun 2018 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 Tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah, Pasal 2 Produk Hukum Daerah berbentuk peraturan yang terdiri atas: a. Perda; b. Perkada; dan c. Peraturan DPRD.”

Keberadaan produk hukum dalam bentuk Peraturan Bupati Belu Nomor 35 Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegritas Dengan Jaminan Kesehatan nasional Dalam Pemenuhan *Universal Coverage* di Kabupaten Belu, merupakan salah satu urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang menjadi kewenangan

Pemerintah Daerah. Tanpa adanya perintah peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dan dasar kewenangan yang jelas maka Gubernur/ Bupati/ Walikota tidak dapat menetapkan suatu peraturan kepala daerah.

Utrecht dalam bukunya berjudul Pengantar dalam Hukum Indonesia yang dikutip oleh C.S.T. Kansil memberikan pengertian hukum sebagai berikut:¹ Hukum adalah himpunan peraturan-peraturan (perintah-perintah dan larangan-larangan) yang mengurus tata tertib suatu masyarakat dan karena itu harus ditaati oleh masyarakat. Dapat disimpulkan bahwa pengertian hukum adalah himpunan peraturan yang bersifat memaksa dan dibuat oleh lembaga berwenang yang harus ditaati oleh masyarakat, dengan memuat ancaman hukuman apabila dilanggar.

- a. Dibuat oleh lembaga yang berwewenang, Dalam peraturan Bupati ini memuat tentang pembiayaan yang termuat dalam Pasal 10; Biaya penyelenggaraan Jaminan Kesehatan daerah dibebankan kepada APBD yang dialokasikan pada Dokumen Pelaksanaan Anggaran Dinas Kesehatan, yang dibayar sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, dengan jumlah peserta sebagaimana ditetapkan dengan Keputusan Bupati Belu. Pasal ini berakibat kepada fungsi *Budgeting* yang dimiliki oleh DPRD. Sehingga dapat disimpulkan bahwa Bupati telah melampaui kewenangannya terkait fungsi anggaran.
- b. Peraturan yang efektif dan dapat memberikan efek jera bagi mereka yang melanggar peraturan tersebut haruslah memuat ancaman hukuman. Dalam Peraturan Bupati ini tidak mengatur tentang ancaman hukuman dan itu sudah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yaitu Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang mana kedua undang-undang ini hanya mengatur sanksi dalam Peraturan daerah yaitu Kurungan 6 (enam) bulan dan denda paling banyak 50.0000.000 (lima Puluh Juta). Sehingga dapat dipastikan bahwa peraturan ini akan tidak efektif dan dapat dilaksanakan karena tidak ada sanksi bagi para pelaku

1 C.S.T. Kansil. Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka, 1989; Hal. 38.

yang melanggar peraturan tersebut.

2. Faktor penegak hukum,

Peningkatan pelayanan kesehatan dalam Pasal 28I ayat (4) UUD 1945 yang berbunyi, “Perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggung jawab negara, terutama pemerintah.” Salah satu wujud tugas pemerintah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat yaitu dengan melakukan pemantauan dan penegakan terhadap kegiatan pelayanan kesehatan di Kabupaten Belu,

Dalam amanat Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Pasal 255 ayat (1) Satuan polisi pamong praja dibentuk untuk menegakkan Perda dan Perkada, menyelenggarakan ketertiban umum dan ketenteraman, serta menyelenggarakan perlindungan masyarakat. Dalam pelaksanaannya fungsi ini belum dilaksanakan oleh Satuan Polisi Pamong Praja.

Untuk mengetahui faktor penegakan hukum dalam Peraturan Bupati Belu Nomor 35 Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah yang Terintegritas Dengan Jaminan Kesehatan nasional Dalam Pemenuhan *Universal Coverage* di Kabupaten Belu dapat dilihat pada ketentuan Bab IX Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan, **berdasarkan hasil temuan pada FGD dengan Pemangku Kebijakan yang dilakukan pada tanggal 13 Oktober 2023 di Aula Bapelitbangda Kabupaten Belu ditemukan bahwa monitoring dan evaluasi sering dilaksanakan namun tidak didukung dengan bukti dokumen terkait monitoring dan evaluasi. Sedangkan pelaporan kepada Bupati, juga ditemukan hal yang sama yaitu tidak adanya bukti dokumen laporan yang diserahkan kepada Bupati secara periodik.** Hal ini menyebabkan rencana tindak lanjut dan penegakan yang akan dilakukan terkait hasil temuan dari Monitoring dan Evaluasi tidak berjalan dengan baik.

3. Faktor sarana atau fasilitas yang mendukung penegakan hukum,

Sarana atau fasilitas pendukung penegakan hukum terdiri dari:

a. Anggaran

Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Alokasi anggaran kesehatan bagi pemerintah Kabupaten/ kota minimal sepuluh persen (10%) dari total anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) di luar gaji (belanja pegawai).

Tabel.III.1.1
Anggaran Kesehatan Kabupaten Belu Terhadap APBD Kabupaten Belu
Tahun 2020-2022

NO	TAHUN	TOTAL ANGGARAN APBD (Rp)	TOTAL ANGGARAN KESEHATAN (Rp)	APBD UNTUK KESEHATAN	REALISASI	
				%	(Rp)	%
2	2020	1.098.559.545.237,00	102.160.896.470,00	9,30	93.731.463.344,00	91,75
3	2021	907.555.497.669,00	100.199.619.721,00	11,04	91.050.852.352,00	90,87
3	2022	950.345.679.789.00	119.745.659.411.00	12,6	119.218.778.509,59	99,56

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2022

Tabel III.1.1 menggambarkan Alokasi anggaran kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2020 termasuk belanja pegawai sebesar 9,30% dari total APBD Kabupaten Belu. Komposisi belanja APBD untuk Dinas Kesehatan tahun 2020 untuk belanja tidak langsung (Gaji Pegawai) sebesar 2,33% dan untuk belanja langsung sebesar 7,44%. Tahun 2021 total APBD Kabupaten Belu termasuk belanja pegawai sebesar 11,04% untuk belanja tidak langsung (Gaji Pegawai) sebesar 2,60% dan untuk belanja langsung sebesar 8,46%. Tahun 2022 termasuk belanja pegawai sebesar 12,6% dari total APBD Kabupaten Belu, untuk belanja tidak langsung (Gaji Pegawai) sebesar 2,9% dan untuk belanja langsung sebesar 8,6%. **Alokasi anggaran untuk tahun 2020-2022 mengalami peningkatan yang baik, namun belum mencapai target minimal 10% APBD diluar gaji berdasarkan amant UU.**

Paradigma pembangunan di bidang kesehatan dengan di undangkannya Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang

Kesehatan lebih memberi keleluasaan kepada Pemerintah Daerah untuk dapat mengentaskan program kesehatan bagi masyarakat, sehingga di Undang-undang yang baru ini diberikan kebebasan kepada pemerintah daerah untuk lebih leluasa mengalokasikan anggaran bidang kesehatan karena besaran anggaran secara angka tak lagi ditetapkan dalam UU ini. Penguatan pendanaan kesehatan khususnya pemanfaatan pendanaan yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah melalui penyusunan alokasi anggaran berdasarkan prinsip penganggaran berbasis kinerja, penyelenggaraan sistem informasi pendanaan Kesehatan, serta menjamin manfaat dalam program jaminan kesehatan berbasis kebutuhan dasar Kesehatan

Dasar rujukan ada pada Pasal 409 ayat (3) UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan bahwa Pemerintah Daerah mengalokasikan anggaran Kesehatan dari anggaran pendapatan dan belanja daerah sesuai dengan kebutuhan kesehatan daerah yang mengacu pada program kesehatan nasional yang dituangkan dalam rencana induk bidang kesehatan dengan memperhatikan penganggaran berbasis kinerja.

b. Sumber Daya Manusia

Puskesmas

Pasal 10 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menegaskan Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, ketenagaan, kefarmasian, dan laboratorium klinik. Berikut standar ketenagaan pada Puskesmas wilayah perkotaan, pedesaan, kawasan terpencil dan sangat terpencil sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Rincian standar ketenagaan dapat dilihat pada Tabel III.1.2.

Tabel III.1.2 Standar Ketenagaan Puskesmas

No	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan Perkotaan	Puskesmas kawasan Pedesaan		Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil	
		Non Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap
1	Dokter dan/ atau Dokter Layanan Primer	1	1	2	1	2
2	Dokter Gigi	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	5	8	5	8
4	Bidan	2	4	7	4	7
5	Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku	1	1	1	1	1
6	Sanitasi Lingkungan	1	1	1	1	1
7	Nutrisi	1	1	2	1	2
8	Apoteker dan/ atau Teknis Kefarmasian	1	1	1	1	1
9	Ahli Teknologi Laboratorium Medik	1	1	1	1	1
Tenaga Non Kesehatan						
10	Sistem Informasi Kesehatan	1	1	1	1	1
11	Administrasi Keuangan	1	1	1	1	1
12	Administrasi Keuangan	1				
13	Pekarya	2	1	1	1	1
Jumlah		23	20	28	20	28

Sumber: Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Tabel III.1.3

Jumlah Puskesmas Menurut Kecamatan di Kabupaten Belu Tahun 2023

No	Kecamatan	Jumlah	Puskesmas	Status
1	Raimanuk	2	Puskesmas Webora Puskesmas Rafae	Perawatan Non perawatan
2	Tasifeto Barat	1	Puskesmas Halilulik	Non perawatan
3	Kakuluk Mesa	3	Puskesmas Atapupu Puskesmas Haliwen Puskesmas Ainiba	Non perawatan Non perawatan Non perawatan
4	Nanaet Duabesi	1	Puskesmas Laktutus	Perawatan
5	Kota Atambua	1	Puskesmas Kota Atambua	Non perawatan
6	Atambua Barat	1	Puskesmas Umanen	Non perawatan
7	Atambua Selatan	1	Puskesmas Atambua Selatan	Non perawatan
8	Tasifeto Timur	2	Puskesmas Wedomu Puskesmas Silawan	Perawatan Perawatan
9	Raihat	1	Puskesmas Haikesak	Perawatan
10	Lasiolat	1	Puskesmas Aululik	Non perawatan
11	Lamaknen	2	Puskesmas Weluli Puskesmas Dilumi	Perawatan Perawatan
12	Lamaknen Selatan	1	Puskesmas Nualain	Non perawatan
Total		17		

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Belu 2023

Tabel III.1.3 menunjukkan jumlah puskesmas menurut kecamatan yang ada di Kabupaten Belu, dengan rincian 7 Puskesmas rawat inap dan 10 Puskesmas Rawat Jalan, dengan jumlah total 17 Puskesmas, sedangkan untuk jumlah tenaga kesehatan menurut kecamatan di Kabupaten Belu dapat dilihat pada Tabel III.1.4 dibawah ini.

Tabel III.1.4
Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Kecamatan
di Kabupaten Belu, 2022

Kecamatan	Dokter	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Kefar Masian	Kes. Mas	Kesehatan Lingkungan	Gizi	Labor. Medik
Raimanuk	2	2	25	23	4	3	4	3	3
Tasifeto Barat	2	1	16	15	8	1	3	3	3
Kakuluk Mesa	5	1	47	31	7	6	5	9	4
Nanaet Duabesi	1	1	14	8	2	1	2	2	2
Kota Atambua	2	1	16	13	32	2	2	3	2
Atambua Barat	2	1	12	8	2	3	2	2	2
Atambua Selatan	2	-	16	16	3	1	2	3	3
Tasifeto Timur	4	-	21	24	3	2	5	4	2
Raihat	2	-	16	10	1	2	2	3	2
Lasiolat	2	1	12	10	3	3	1	2	2
Lamaknen	3	1	24	19	2	4	2	5	1
Lamaknen Selatan	1	1	10	14	2	2	2	2	1
Kabupaten Belu	28	10	229	191	69	30	32	41	27

Sumber: Kabupaten Belu Dalam Angka 2023

Jumlah dan jenis tenaga kesehatan puskesmas dapat dihitung berdasarkan standar ketenagaan minimal di puskesmas mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas dan dengan perhitungan kebutuhan tenaga di puskesmas berdasarkan beban kerja.

Berdasarkan standar ketenagaan puskesmas yang ada pada Tabel III.1.2, jumlah puskesmas menurut kecamatan yang ada di Tabel III.1.3 dan jumlah tenaga kesehatan menurut kecamatan di Tabel III.1.4, maka dapat disimpulkan bahwa **jumlah tenaga kesehatan untuk dokter umum mengalami kekurangan 1 Dokter Umum pada Kecamatan Raimanuk, Nanaet Duabesi 1, dan Kecamatan Lamaknen. hal ini dikarenakan merupakan puskesmas rawat inap.**

Khusus untuk dokter gigi mengalami kekurangan sebanyak 6 Orang dengan rincian:

- a. **Kecamatan Kakuluk Mesak kekurangan 2 orang dokter gigi karena ada 3 puskesmas, sedangkan dokternya 1 orang,**
- b. **Kecamatan Atambua Selatan tidak ada dokter gigi,**
- c. **Kecamatan Tasifeto timur, ada 2 puskesmas tetapi tidak ada dokter gigi**
- d. **Kecamatan Reihat tidak ada dokter gigi**
- e. **Kecamatan Lamaknen kekurangan 1 dokter gigi karena ada 2 puskesmas.**

Tenaga kesehatan khususnya kefarmasian mengalami penumpukan di Kota Atambua dengan jumlah 32 orang, apakah ini termasuk yang tersebar di Rumah Sakit, klinik dan apotik yang ada di Kota Atambua. Sedangkan tenaga kesehatan lainnya penyebarannya sudah cukup baik.

Rumah Sakit

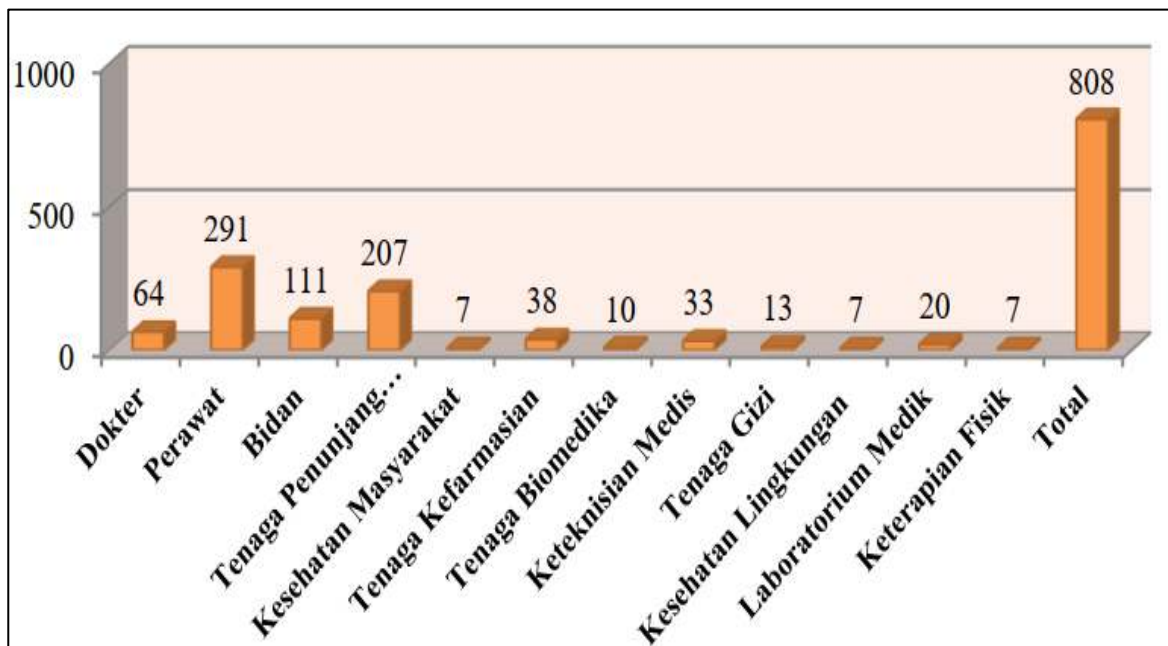
Pasal 11 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan sumber daya manusia pada rumah sakit terdiri dari:

1. Tenaga Medis
 - a. Dokter
 - b. Dokter Gizi
 - c. Dokter Spesialis (spesialis dasar dan spesialis lain)
 - d. Dokter subspesialis dan/atau spesialis dengan kualifikasi tambahan
 - e. Dokter subspesialis lainnya dan/atau dokter spesialis lainnya dengan kualifikasi tambahan
2. Tenaga keperawatan
3. Tenaga kebidanan
4. Tenaga kefarmasian (apoteker dan tenaga teknis kefarmasian)
5. Tenaga kesehatan lainnya
 - a. Tenaga gizi
 - b. Tenaga psikologi klinis
 - c. Tenaga keterampilan fisik

- d. Tenaga keteknisian medis
- e. Tenaga teknik biomedika
- f. Tenaga Kesehatan Lingkungan
- g. Tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan (sesuai kebutuhan)

6. Tenaga nonkesehatan.

Rumah Sakit dapat didirikan dan diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Swasta. Untuk Kabupaten Belu belum terdapat rumah sakit khusus. Jumlah rumah sakit Kabupaten Belu pada tahun 2022 berjumlah 3 unit yang terdiri dari 1 Rumah Sakit Pemerintah Daerah dan 2 Rumah Sakit Swasta, sedangkan SDM kesehatan rumah sakit dapat dilihat pada Gambar III.1.1 dibawah ini:



Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Belu tahun 2022

Gambar III.1.1
Jumlah SDM Kesehatan di Rumah Sakit Kabupaten Belu Tahun 2022

Jumlah Keseluruhan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Rumah Sakit Kabupaten Belu tahun 2022 sebanyak 808 orang dan cukup baik, sedangkan jumlah dokter sebanyak 64 orang dengan rincian dokter spesialis dapat di lihat pada tabel berikut

Tabel III.1.5 Distribusi Dokter Spesialis pada RSUD di Kabupaten Belu Tahun 2023

No	Doker Spesialis	Jumlah
1	Dokter Sub Spesialis Gastroentero & Hepatologi	1
2	Dokter Spesialis Obstetri Gynecologi	4
3	Dokter Spesialis Bedah Umum	2
4	Dokter Spesialis Anak	2
5	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	3
6	Dokter Spesialis Anestesi & Terapi Intensif	2
7	Dokter Spesialis Radiologi	1
8	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1
9	Dokter Spesialis Jantung & Pembuluh Darah	1
10	Dokter Spesialis Saraf	1
11	Dokter Spesialis Ilmu Kedokteran Fisik & Rehabilitasi	1
12	Dokter Spesialis Konservasi Gigi	1
	TOTAL	20

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2023

Untuk pemenuhan Sumber Daya Kesehatan khusus Dokter Spesialis maka langkah yang dilakukan oleh pemerintah adalah melakukan kerja sama dengan berbagai Universitas dalam rangka membantu menambah jumlah dokter dan dokter spesialis.

Pada RSUD, saat ini telah tersedia 7 jenis spesialis yang wajib ada pada rumah sakit tipe C ditambah dengan spesialis lainnya. Ketersediaan dokter spesialis ini mendapat penghargaan sebagai kabupaten dengan penyediaan 4 spesialis dasar dan 3 layanan tambahan dan beberapa spesialis lain pada Rumah Sakit tipe C. (RSUD MGR. Gabriel Manek memiliki 12 jenis spesialis dari 7 yang diwajibkan).

c. Fasilitas

Fasilitas kesehatan di Kabupaten Belu terdiri dari: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Poliklinik/Balai Pengobatan dan Apotik (Tabel III.1.6). Selain jumlah fasilitas, yang perlu diperhatikan adalah peralatan yang akan membantu dan mendorong kualitas pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit yang lebih maksimal.

Pengaturan Fasilitas kesehatan pada puskesmas merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019

Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dan pengaturan fasilitas Kesehatan Rumah Sakit merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

Tabel III.1.6 Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Belu

No	Fasilitas Kesehatan	Tahun		
		2020	2021	2022
1	Rumah Sakit	3	3	4
2	Rumah Sakit Bersalin	-	-	-
3	Puskesmas	17	17	17
4	Puskesmas Pembantu	14	14	14
5	Poliklinik	9	10	11
6	Apotik	22	23	24

Sumber: Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2020, 2021 dan 2022, BPS Kabupaten Belu Tahun 2023

4. Faktor masyarakat,

Salah satu masalah yang timbul di Masyarakat, yang dapat mempengaruhi penegakan hukum adalah masyarakat tidak tahu bahwa hak mereka telah dilanggar atau terganggu.

Berikut beberapa Hak Pasien yang diatur dalam berbagai peraturan:

1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen Pasien rumah sakit adalah konsumen, sehingga secara umum pasien dilindungi dengan UU ini. Pasal 4, hak-hak konsumen adalah:
 - a) Hak atas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan dalam mengkonsumsi barang dan/atau jasa;
 - b) Hak untuk memilih barang dan/atau jasa serta mendapatkan barang dan/atau jasa tersebut sesuai dengan nilai tukar dan kondisi serta jaminan yang dijanjikan;
 - c) Hak atas informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa;
 - d) Hak untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakan;
 - e) Hak untuk mendapatkan advokasi, perlindungan, dan upaya penyelesaian sengketa perlindungan konsumen secara patut;

- f) Hak untuk mendapat pembinaan dan pendidikan konsumen;
 - g) Hak untuk diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur serta tidak diskriminatif; dan
 - h) Hak untuk mendapatkan kompensasi, ganti rugi dan/atau penggantian, apabila barang dan/atau jasa yang diterima tidak sesuai dengan perjanjian atau tidak sebagaimana mestinya;
2. Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran juga merupakan Undang-Undang yang bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi pasien. Hak-hak pasien diatur dalam pasal 52 adalah:
- a) Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 45 ayat (3);
 - b) Meminta pendapat dokter atau dokter lain;
 - c) Mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;
 - d) Menolak tindakan medis; dan
 - e) Mendapatkan isi rekam medis.
3. Perlindungan hak pasien juga tercantum dalam pasal 32 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yaitu:
- a) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
 - d) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - e) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
 - g) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar RS;

- i) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j) Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m) Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n) Memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di RS;
- o) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan RS terhadap dirinya;
- p) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q) Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r) Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selanjutnya apabila hak-haknya dilanggar, maka upaya hukum yang tersedia bagi pasien adalah:

1. Mengajukan gugatan kepada pelaku usaha, baik kepada lembaga peradilan umum maupun kepada lembaga yang secara khusus berwenang menyelesaikan sengketa antara konsumen dan pelaku usaha (Pasal 45 UU Perlindungan Konsumen)
2. Melaporkan kepada polisi atau penyidik lainnya. Hal ini karena di setiap undang-undang yang disebutkan di atas, terdapat ketentuan sanksi pidana atas pelanggaran hak-hak pasien.

Hasil FGD di 2 Puskesmas yaitu Puskesmas Kota dan Puskesmas Kakuluk Mesak menunjukan bahwa masih banyak Masyarakat yang

belum mengetahui hak-hak apa saja yang harus diperoleh oleh seorang pasien misalnya mendapat keterangan tentang hasil pemeriksaan, keterangan tentang obat yang dikonsumsi. Selain itu juga masyarakat tidak diinformasikan tentang klaim terhadap obat yg dibeli secara sendiri di apotik luar yang harus dilakukan klaim penggantianannya. Masyarakat juga tidak mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan apabila hak masyarakat dilanggar.

Pengetahuan masyarakat tentang hak-hak sebagai pasien ini disebabkan oleh tingkat pendidikan dan pengetahuan masyarakat. Masih banyak masyarakat Kabupaten Belu yang tingkat pendidikan rendah yakni tidak/belum sekolah 28,73% serta yang tamat SD/Sederajat 32, 35%, secara lengkapnya dapat dilihat pada Tabel III.1.7.

Tabel III.1.7 Jumlah Penduduk Kabupaten Belu Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2020

NO	PENDIDIKAN	LAKI LAKI		PEREMPUAN		LK + PR	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
1	Tidak/Belum Sekolah	33.190	29,11	32.050	28,34	65.240	28,73
2	Belum Tamat SD/Sederajat	9.101	7,98	8.649	7,65	17.750	7,82
3	Tamat SD/Sederajat	37.446	32,84	36.012	31,85	73.458	32,35
4	SLTP/Sederajat	11.343	9,95	12.486	11,04	23.829	10,49
5	SLTA/Sederajat	18.140	15,91	17.850	15,79	35.990	15,85
6	Diploma I/II	296	0,26	523	0,46	819	0,36
7	Akademi/Diploma III/S. Muda	881	0,77	1.604	1,42	2.485	1,09
8	Diploma IV/Strata I	3.484	3,06	3.833	3,39	7.317	3,22
9	Strata II	135	0,12	67	0,06	202	0,09
10	Strata III	6	0,005	1	0,001	7	0,003
JUMLAH		114.022	100	113.075	100	227.097	100

Sumber: RPJMD Kabupaten Belu 2021-2026

5. Faktor kebudayaan

Faktor budaya adalah kebiasaan suatu masyarakat dalam menanggapi sesuatu yang dianggap memiliki nilai dan kebiasaan. Faktor budaya yang mengakibatkan suatu peraturan tidak berjalan secara efektif antara lain:

- Budaya antri pada loket-loket pendaftaran pasien;
- Budaya hidup bersih dan sehat, misalnya penggunaan fasilitas umum, membuang ludah sembarangan, sirih pinang dan kebersihan WC.

- c. Sedangkan faktor lainnya adalah masih terdapat kepercayaan masyarakat akan pengobatan alternatif seperti dukun dan pendoa.

III.2 KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DI FKTP DAN FKTL KABUPATEN BELU

Pelayanan kesehatan di Indonesia masih banyak mengalami masalah terutama pelayanan kesehatan di daerah-daerah. Oleh karena itu upaya penanganan masalah pelayanan perlu segera dilakukan dengan mempertimbangkan persoalan kesehatan yang semakin hari semakin kompleks dan mencegah timbulnya permasalahan baru akibat pelayanan kesehatan yang belum dibenahi. Berdasarkan permasalahan tersebut pemerintah perlu melakukan evaluasi dan berinovasi secara berkala dalam rangka mengoptimalkan kualitas pelayanan pada berbagai sarana pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, Klinik dan sebagainya.

Kualitas pelayanan kesehatan adalah upaya agar kebutuhan dan harapan konsumen, baik secara internal maupun eksternal dapat terpenuhi. Kualitas dapat dikorelasikan pula dengan suatu proses perbaikan yang dilaksanakan secara berjenjang dan berkelanjutan. Kualitas pelayanan kesehatan secara umum berpusat pada konsep terkait pelayanan kesehatan yang berdasarkan tiga landasan, yakni: kualitas, akses, dan biaya. Kualitas dapat tercapai melalui pelayanan yang dilaksanakan secara efektif, efisien, serta harga yang terjangkau. Kualitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh sarana dan prasarana kesehatan, sumber daya kesehatan dan pelaksanaan layanan kesehatan.

III.2.1 Sarana Kesehatan

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pada pasal 26 menyatakan bahwa upaya kesehatan dalam bentuk pelayanan diselenggarakan melalui: (a) Pelayanan Kesehatan Primer dan (b) Pelayanan Kesehatan Lanjutan. Pelayanan Kesehatan Primer secara terintegrasi meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif untuk semua fase kehidupan. Pelayanan Kesehatan Primer secara strategis memprioritaskan pelayanan kesehatan utama/esensial yang ditujukan bagi perorangan, keluarga dan masyarakat berdasarkan faktor risiko, sedangkan

Pelayanan Kesehatan Lanjutan merupakan pelayanan spesialis dan/atau subspesialis yang mengedepankan pelayanan kuratif, rehabilitatif dan paliatif tanpa mengabaikan promotif dan preventif.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pada pasal 28 ayat 1 dan 2 menyatakan bahwa **Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan di seluruh wilayah Indonesia. Kewajiban tersebut diutamakan dengan mengoptimalkan peran pemerintah daerah.** Hal ini bertujuan untuk mendukung cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC) yaitu sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan bermutu dengan biaya terjangkau. *UHC* mengandung dua elemen inti yakni Akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan Perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan.

Tabel III.2.1
Distribusi FKTP dan FKTL di Kabupaten Belu yang Bekerjasama
dengan BPJS Tahun 2023

No	Fasilitas Kesehatan	Jumlah
A	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FK4TP)	
1	Puskesmas	17
2	Dokter Praktek Perorangan (DPP)	9
3	Dokter Gigi Praktek Perorangan (DGPP)	2
4	Klinik Pratama	3
5	Klinik TNI/POLRI	2
	Jumlah	33
B	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL)	
1	RS Pemerintah	1
2	RS Swasta	2
3	RS TNI	1
	Jumlah	4

Sumber: BPJS Kabupaten Belu Tahun 2023

Kerja sama fasilitas kesehatan dengan pemerintah sangat berperan penting dalam pencapaian *UHC*. Melalui Instruksi Presiden (INPRES) Nomor 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, telah memberikan dasar yang kuat untuk kerja sama yang lebih erat antara BPJS Kesehatan, kementerian dan lembaga, serta pemerintah daerah dalam menyelenggarakan Program JKN dan memastikan seluruh penduduk mendapat perlindungan kesehatan. Berdasarkan data Tabel III.2.1 sebagian besar fasilitas Kesehatan di Kabupaten Belu telah bekerja sama dengan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) yaitu berjumlah 33 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 4 (empat) Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL). **Program Kesehatan Gratis (PKG) yang dicanangkan Pemerintah Daerah Kabupaten Belu akan berdampak pada peningkatan pemanfaatan fasilitas kesehatan, oleh sebab itu harus selaras dengan kesiapan fasilitas kesehatan di Kabupaten Belu dari segi kuantitas dan kualitas.**

A. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Pelayanan Kesehatan Primer secara strategis memprioritaskan pelayanan kesehatan utama/esensial yang ditujukan bagi perorangan, keluarga dan masyarakat berdasarkan faktor risiko. Pelayanan kesehatan primer diselenggarakan melalui suatu sistem jejaring pelayanan kesehatan yang saling berkoordinasi dan bekerjasama. Puskesmas mengkoordinasi sistem jejaring Pelayanan Kesehatan Primer di wilayah kerjanya. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan Primer di seluruh wilayah Indonesia. Pemerintah Kabupaten Belu memiliki 17 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskemas/PKM).

A.1 Pola Sebaran Puskesmas di Kabupaten Belu

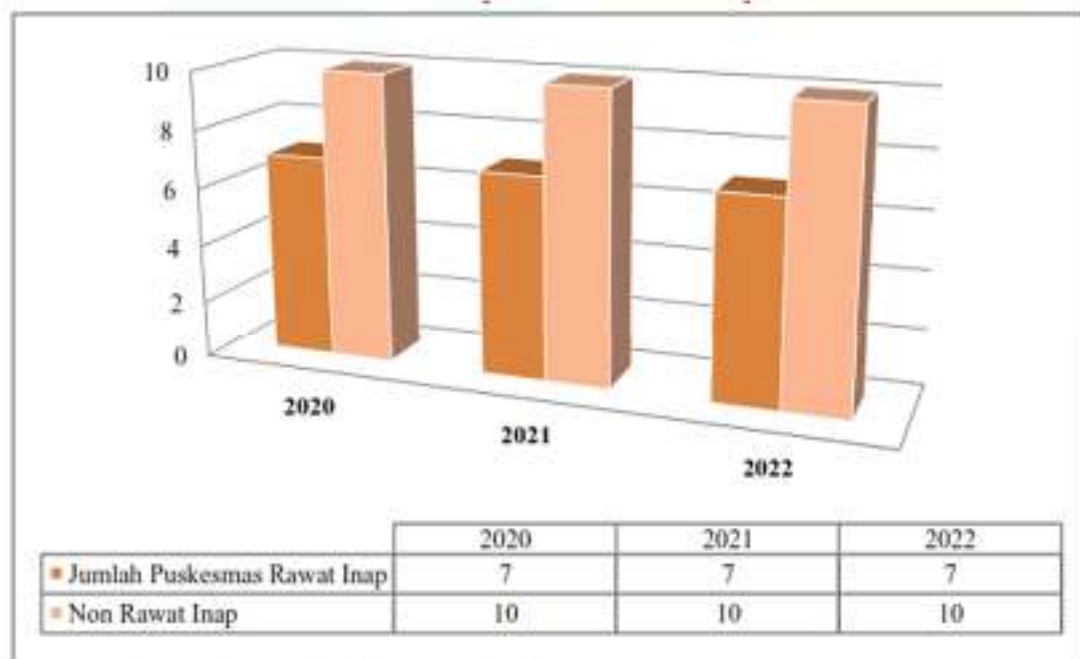
Berdasarkan Peraturan Pemerintah Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, pada Pasal 10 ayat 1, menyatakan

bahwa Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan. Berdasarkan Gambar III.2.2, Puskesmas di Kabupaten Belu berjumlah 17 puskesmas yang terdiri dari 7 puskesmas rawat inap (PKM Weluli, PKM Haekesak, PKM Silawan, PKM Dilumil, PKM Webora, PKM Laktutus dan PKM Wedomu) dan 10 puskesmas non rawat inap (PKM Rafae, PKM Halilulik, PKM Atambua Selatan, PKM Kota, PKM Umanen, PKM Atapupu, PKM Ainiba, PKM Haliwen, PKM Aululik dan PKM Nualain). Berdasarkan data tersebut maka **Pelayanan Kesehatan Primer yakni puskesmas sudah terdistribusi di seluruh wilayah kecamatan di Kabupaten Belu**, sehingga sudah memenuhi Pemerintah Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019.

Dalam kurun waktu tiga tahun terakhir (2020-2022) puskesmas di Kabupaten Belu tetap berjumlah 17 puskesmas, hal ini berarti **tidak ada peningkatan jumlah puskesmas, walaupun laju pertumbuhan penduduk di Kabupaten Belu mengalami peningkatan 1,43% yang termasuk dalam kategori tingkat pertumbuhan penduduk sedang (1-2% per tahun) (III.2.2). Keberadaan 17 puskesmas di Kabupaten Belu tidak secara langsung menggambarkan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar suatu wilayah. Namun demikian, Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar juga dilihat dari segi aksesibilitas.** Aksesibilitas yaitu kemudahan bergerak dari suatu tempat ke tempat lainnya dalam suatu wilayah. Aksesibilitas berhubungan dengan jarak, yang dalam hal ini untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan Puskesmas dalam suatu wilayah.

Kecamatan yang paling luas di Kabupaten Belu adalah Kecamatan Tasifeto Barat (224,19 km²) dengan jumlah penduduk menempati urutan ke 4 (empat) dari jumlah penduduk terbanyak di Kabupaten Belu yaitu 26.248 jiwa. Kecamatan ini walaupun didukung oleh 2 Pustu, namun hanya memiliki 1 (satu) puskesmas non rawat inap yaitu PKM Halilulik dalam memenuhi pelayanan kesehatan dasar (Tabel III.2.2), sehingga apabila mempertimbangkan faktor demografi, geografi dan topografi wilayah tersebut dari segi aksesibilitas FKTP masih kurang. Sehingga **Kecamatan Tasifeto Barat perlu penambahan jumlah Puskesmas dan Pustu untuk pemenuhan**

pelayanan kesehatan dasar. Akan tetapi sarana kesehatan di Kecamatan Tasifeto Barat didukung pula oleh sektor swasta yaitu FKTL Rumah Sakit (RS) Marianum Halilulik dan 2 (dua) apotik, sehingga **walaupun memiliki wilayah yang paling luas, aksesibilitas pelayanan kesehatan khususnya rujukan dapat terpenuhi** demikian pula dengan jarak tempuh ke ibukota Kabupaten Belu masih terjangkau yaitu 17,50 km.



Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2023

Gambar III.2.1
Jumlah Puskemas di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022

Kecamatan terluas berikutnya adalah Kecamatan Tasifeto Timur (211.37 Km²) dengan jumlah penduduk menempati urutan ke 2 (dua) dari jumlah penduduk terbanyak di Kabupaten Belu yaitu 27.212 jiwa. Selanjutnya Kecamatan Kakuluk Mesak (187,54 Km²) dengan jumlah penduduk menempati urutan ke 6 (enam) dari jumlah penduduk terbanyak di Kabupaten Belu yaitu 22.964 jiwa (Tabel III.2.2). Berdasarkan telaah faktor demografi, geografi dan topografi ke 2 (dua) wilayah kecamatan tersebut walaupun memiliki wilayah

yang luas, namun sudah didukung oleh ketersediaan puskesmas yang ideal. Puskesmas di Kecamatan Tasifeto Timur berjumlah 2 (dua) PKM (non rawat inap dan rawat inap) dan didukung oleh 1 (satu) Pustu, demikian pula dengan puskesmas Kecamatan Kakuluk Mesak yang berjumlah 3 PKM (2 PKM non rawat inap dan 1 PKM rawat inap) dan didukung oleh 2 (dua) Pustu. **Sehingga walaupun Kecamatan Tasifeto Timur dan Kakuluk Mesak memiliki wilayah yang luas, namun dari segi ketersediaan sarana kesehatan masih ideal dan dari segi aksesibilitas masih terpenuhi karena jarak tempuh masyarakat ke FKTP dan FKTL apabila membutuhkan pelayanan rujukan masih terjangkau yaitu 13 km dan 14 km ke ibukota Kabupaten Belu.**

Kecamatan yang memiliki jarak tempuh terjauh di Kabupaten Belu adalah Kecamatan Lamaknen Selatan (49,60 Km) dengan sarana kesehatan 1 PKM Non rawat inap dan 2 Pustu, Kecamatan Raimanuk (41,00 Km) dengan sarana kesehatan 2 PKM rawat inap dan 1 Pustu, Kecamatan Nananet Duabesi (35,00 Km²) sarana kesehatan hanya 1 PKM rawat inap, dan Kecamatan Lamaknen (35 Km) sarana kesehatan 2 PKM (rawat inap dan non rawat inap) dan 3 Pustu. Berdasarkan telaah faktor demografi dan topografi wilayah dengan kebutuhan sarana kesehatan, maka wilayah yang memiliki jarak tempuh yang jauh ke ibukota Kabupaten Belu perlu menambah Puskesmas dan Pustu serta meningkatkan kemampuan penyelenggaraan puskesmasnya dari non rawat inap ke puskesmas rawat inap, terutama Kecamatan Lamaknen Selatan. **Secara umum walaupun puskesmas sudah terdistribusi di seluruh wilayah kecamatan di Kabupaten Belu, namun pola sebaran puskesmas belum merata dengan mempertimbangkan kondisi demografi, geografi dan topografi yang berbeda-beda di setiap kecamatan di Kabupaten Belu.**

A.2 Rasio Ketersediaan Puskesmas

Keberadaan 17 puskesmas di Kabupaten Belu tidak secara langsung menggambarkan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar suatu wilayah. Namun demikian, Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar dapat dilihat secara umum oleh indikator rasio Puskesmas terhadap

30.000 penduduk. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor.128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, pada standar nasional pelayanan menetapkan bahwa setiap puskesmas melayani 30.000 jiwa penduduk. Secara konseptual 1 (satu) Puskesmas menganut konsep wilayah dan diharapkan dapat melayani sasaran penduduk rata-rata 30.000 penduduk atau 1 (satu) puskesmas harusnya melayani maksimal 30.000 penduduk.

Secara keseluruhan total puskesmas di Kabupaten Belu (17 puskesmas) apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk sudah memenuhi standar berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor.128/Menkes/SK/II/2004 yaitu 1:13.359 penduduk (Tabel III.2.2), Namun apabila dilihat ketersediaan puskesmas per kecamatan, maka diketahui bahwa dari 12 kecamatan yang terdapat di Kabupaten Belu terdapat 1 (satu) Puskesmas yaitu Puskesmas Kota yang berada di Kecamatan Kota Atambua tidak memenuhi standar Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor.128/Menkes/SK/II/2004, sebab masih melayani lebih dari 30.000 penduduk (31.582 orang) serta belum terdapat puskesmas pembantu di wilayah kerja Puskesmas Kota tersebut, sehingga dari segi Aksesibilitas Puskemas Kota masih belum memenuhi standar berdasarkan Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Tabel III.2.3).

Berdasarkan data pada Tabel III.2.2, fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Belu, selain dari sektor pemerintah juga di dukung oleh sektor swasta, terutama di Kecamatan Kota Atambua (terdapat 4 klinik kesehatan/balai pengobatan, 9 apotik dan 1 rumah sakit), Kecamatan Atambua Barat (terdapat 3 klinik kesehatan/balai pengobatan, 2 apotik dan 2 rumah sakit) dan Kecamatan Atambua Selatan (terdapat 1 klinik kesehatan/balai pengobatan dan 9 apotik), sehingga pemenuhan pelayanan kesehatan di beberapa kecamatan tidak hanya berasal dari pelayanan kesehatan dasar dari sektor pemerintah, namun di dukung pula oleh klinik pratama yang juga telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan data tersebut, walaupun

secara jumlah penduduk di Kecamatan Kota Atambua melebihi standar kapasitas pelayanan PKM Kota

Tabel III.2.2
Distribusi Sarana Kesehatan, Luas Wilayah, Jarak Tempuh, Laju
Pertumbuhan Penduduk dan Jumlah Penduduk di Kabupaten Belu
Tahun 2022

No	Kecamatan	Puskesmas (PKM)	Jumlah					Luas Total Area (km ²)	Laju Pertumbuhan Penduduk per Tahun 2020- 2022 (%)	Jarak ke Ibukota (Km)	Jumlah Penduduk
			PKM	Pustu	RS	Klinik	Apotik				
1	Raimanuk	PKM Rafea PKM Webora	2	1	0	0	0	179,42	1,47	41,00	17.872
2	Tasifeto Barat	PKM Halilulik	1	2	1	0	2	224,19	0,91	17,50	26.248
3	Kakuluk Mesak	PKM Atapupu	3	2	0	1	0	187,54	2,17	14,00	22.964
		PKM Ainiba									
		PKM Haliwen									
4	Nanaet Duabesi	PKM Laktutus	1	0	0	0	0	60,25	1,73	35,00	5.141
5	Kota Atambua	PKM Kota	1	0	1	4	11	24,90	1,52	1,50	31.582
6	Atambua Barat	PKM Umanen	1	1	2	3	5	15,55	1,10	4,00	24.441
7	Atambua Selatan	PKM Atambua Selatan	1	1	0	1	4	15,73	1,48	5,70	26.392
8	Tasifeto Timur	PKM Silawan	2	1	0	0	0	211,37	2,17	13,00	27.212
		PKM Wedomu									
9	Raihat	PKM Haekesak	1	1	0	0	0	87,20	0,73	33,00	15.281
10	Lasiolat	PKM Aululik	1	0	0	1	1	64,48	1,37	20,00	7.440
11	Lamaknen	PKM Weluli	2	3	0	1	1	105,90	0,84	35,00	13.465
		PKM Dilumil									
12	Lamaknen Selatan	PKM Nualain	1	2	0	0	0	108,41	1,51	49,60	9.059
Jumlah			17	14	4	11	24	1284.94	1,43		227.097

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2023, BPS Kabupaten Belu Tahun 2023

Berdasarkan hasil diskusi pada seminar laporan akhir, diketahui bahwa masyarakat di Kota Atambua walaupun secara administrasi tercatat sebagai penduduk di Kota Atambua, namun dalam mendapatkan pelayanan kesehatan primer masyarakat banyak yang memilih ke Puskesmas lain yang berbeda kecamatan selain Puskesmas Kota, karena secara jarak tempuh lebih

dekat dengan tempat tinggal dibandingkan dengan Puskesmas kota. Selain puskesmas, klinik kesehatan yang tersebar di Kota Atambua merupakan alternatif pilihan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan primer. Sehingga berdasarkan kajian **Puskesmas Kota tidak over kapasitas pelayanan karena untuk pelayanan kesehatan primer warga dapat memilih dan terdistribusi pada 4 (empat) klinik kesehatan yang ada di Kecamatan Kota Atambua dan Puskesmas lain yang lebih dekat secara jarak tempuh walaupun berbeda kecamatan.**

Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2016 Tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia pada Penjelasan Tentang Indikator yang Digunakan untuk Penilaian Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia, menetapkan rasio puskesmas terhadap penduduk adalah merupakan perbandingan rasio ideal antara jumlah ketersediaan Puskesmas terhadap jumlah penduduk sebesar 1:16.000 atau 1 (satu) puskesmas idealnya melayani maksimal 16.000 penduduk.

Apabila berpatokan pada rasio ideal puskesmas 1:16.000, secara keseluruhan maka ketersediaan puskesmas di Kabupaten Belu memenuhi syarat ideal berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor 34 Tahun 2016 yaitu 1:13.359 penduduk, namun apabila dilihat sesuai standar ketersediaan puskesmas terhadap kecamatan, maka terdapat 4 (empat) Puskesmas yang dari segi Aksesibilitas puskesmas masih rendah berdasarkan standar rasio ideal puskesmas yaitu PKM Halilulik di Kecamatan Tasifeto Barat (Penduduk 26.248 orang), PKM Kota di Kota Atambua (penduduk 31.582 orang), PKM Umanen di Kecamatan Atambua Barat (penduduk 24.441 orang), PKM Atambua Selatan di Kecamatan Atambua Selatan (penduduk 26.392 orang) (Tabel III.2.3).

Setelah dikeluarkannya Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 22 Tahun 2021 tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Azasi Manusia pada Lampiran Hak Akan Kesehatan, maka rasio ketersediaan puskesmas terhadap kecamatan adalah 1:2 (jumlah kecamatan/jumlah

puskesmas). Berdasarkan telaah peraturan tersebut, maka rasio puskesmas yang ideal tidak lagi berpatokan hanya pada faktor demografi yakni menggunakan standar ideal jumlah penduduk yang dilayani, akan tetapi lebih mempertimbangkan juga faktor geografi dan topografi sesuai kondisi wilayah di Indonesia, terutama Indonesia bagian timur yang memiliki kondisi geografis dan topografi yang sangat beragam karena **masih banyak wilayah yang sulit dijangkau, terpencil/sangat terpencil, memiliki penduduk yang sedikit/banyak namun penyebaran/distribusi penduduknya tidak merata dengan wilayah kerja puskesmas dan atau kecamatan yang luas**, sehingga rasio ideal puskesmas dapat representatif diterapkan diseluruh wilayah Indonesia.

Secara keseluruhan Rasio Ketersediaan Puskesmas di Kabupaten Belu masih belum ideal, sebab dengan rasio ketersediaan puskesmas terhadap kecamatan 1:2 (12 kecamatan/17 puskesmas) diperoleh Rasio Ketersediaan Puskesmas di Kabupaten Belu adalah 1:0,71. Idealnya 1 (satu) kecamatan memiliki 2 (dua) Puskesmas, sehingga dari segi Aksesibilitas hanya 4 (empat) kecamatan di Kabupaten Belu yang sudah memenuhi standar rasio ideal puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 22 Tahun 2021, sebab kecamatan tersebut telah memiliki 2-3 Puskesmas yaitu Kecamatan Raimanuk (PKM Rafee dan PKM Webora), Kecamatan Kakuluk Mesak (PKM Atapupu, PKM Ainiba, dan PKM Haliwen), Kecamatan Tasifeto Timur (PKM Silawan dan PKM Wedomu), Kecamatan Lamaknen (PKM Weluli dan PKM Dilumil) (Tabel III.2.3).

Sebagian besar kecamatan di Kabupaten Belu dari segi Aksesibilitas puskesmas masih rendah belum memenuhi standar rasio ideal puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 22 Tahun 2021. Hal ini dapat mempengaruhi kualitas pemberian pelayanan kesehatan dasar yang maksimal bagi masyarakat. Delapan kecamatan yang belum ideal rasio ketersediaan Puskesmas dikarenakan dalam 1 (satu) kecamatan baru terdapat 1 (satu) Puskesmas. yaitu Kecamatan Tasifeto Barat (PKM Halilulik), Kecamatan Nanaet Duabesi (PKM Laktutus), Kecamatan Kota Atambua (PKM

Kota), Kecamatan Atambua Barat (PKM Umanen), Kecamatan Atambua Selatan (PKM Atambua Selatan), Kecamatan Raihat (PKM Haekesak), Kecamatan Lasialat (PKM Aululik) dan Kecamatan Lamaknen Selatan (PKM Nualain).

Tabel III.2.3
Rasio Ketersediaan Puskesmas dan Status Aksesibilitas Per Kecamatan di Kabupaten Belu Tahun 2022

No	Kecamatan	Jumlah PKM	Jumlah Penduduk	Rasio PKM 1:30.000 Penduduk*	Rasio PKM 1:16.000 Penduduk**	Rasio PKM 1:2 (Kec /PKM)***	Status Aksesibilitas ***
1	Raimanuk	2	17.872	1 : 8.936	1 : 8.936	1 : 2	Ideal
2	Tasifeto Barat	1	26.248	1 : 26.248	1 : 26.248	1 : 1	Tidak Ideal
3	Kakuluk Mesak	3	22.964	1 : 7.654	1 : 7.654	1 : 3	Ideal
4	Nanaet Duabesi	1	5.141	1 : 5.141	1 : 5.141	1 : 1	Tidak Ideal
5	Kota Atambua	1	31.582	1 : 31.582	1 : 31.582	1 : 1	Tidak Ideal
6	Atambua Barat	1	24.441	1 : 24.441	1 : 24.441	1 : 1	Tidak Ideal
7	Atambua Selatan	1	26.392	1 : 26.392	1 : 26.392	1 : 1	Tidak Ideal
8	Tasifeto Timur	2	27.212	1 : 13.606	1 : 13.606	1 : 2	Ideal
9	Raihat	1	15.281	1 : 15.281	1 : 15.281	1 : 1	Tidak Ideal
10	Lasialat	1	7.440	1 : 7.440	1 : 7.440	1 : 1	Tidak Ideal
11	Lamaknen	2	13.465	1 : 6.732	1 : 6.732	1 : 2	Ideal
12	Lamaknen Selatan	1	9.059	1 : 9.059	1 : 9.059	1 : 1	Tidak Ideal
Jumlah		17	227.097	1 : 13.359	1 : 13.359	1 : 0,71	Tidak Ideal
Rasio Ideal PKM				16 PKM	13 PKM	9 PKM	4 Kecamatan
Rasio Tidak Ideal PKM				1 PKM	4 PKM	8 PKM	8 Kecamatan

Sumber: Data Olahan, BPS Kab. Belu Tahun 2023, Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2023

Keterangan:

- * Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor.128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat
- ** Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2016 Tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia
- *** Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 22 Tahun 2021 tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Azasi Manusia

Dari 8 (delapan) puskesmas yang belum ideal dalam hal rasio ketersediaan Puskesmas terhadap kecamatan, terdapat 3 (tiga) Puskesmas yaitu PKM Aululik, PKM Laktutus dan PKM Kota yang juga tidak didukung dengan adanya Puskemas pembantu. Walaupun untuk PKM Laktutus (Penduduk 5.141 orang) dan PKM Aululik (Penduduk 7.440 orang) tergolong

memiliki jumlah penduduk yang sedikit dibanding dengan PKM lainnya (Tabel III.2.3). Namun dengan **mempertimbangan kondisi topografi dan geografi wilayah pada beberapa kecamatan di Kabupaten Belu yang masih terdapat wilayah yang sulit dijangkau, terpencil/sangat terpencil di wilayah perbatasan, dan memiliki jumlah penduduk sedikit namun penyebaran/distribusi penduduknya tidak merata dengan wilayah kerja puskesmas dan atau kecamatan yang luas.** Akan mempengaruhi rendah aksesibilitas dan konektifitas layanan kesehatan dasar seperti yang terjadi di beberapa kawasan perbatasan dengan kategori terpencil/sangat terpencil perbatasan.

Mempertimbangkan puskesmas yang belum ideal dalam hal standar rasio ketersediaan terhadap kecamatan serta lokasi puskesmas masih didominasi oleh kategori daerah terpencil (8 puskesmas) dan sangat terpencil (7 puskesmas) di wilayah perbatasan (Tabel III.2.4). **Ketersediaan Puskesmas dinilai masih kurang ideal untuk memaksimalkan layanan kesehatan bagi masyarakat. Oleh karena itu perlunya kajian yang lebih spesifik dalam mempertimbangkan upaya peningkatan atau penambahan jumlah puskesmas di Kabupaten Belu, untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama untuk kecamatan-kecamatan yang tidak memiliki puskesmas pembantu, poliklinik swasta/balai pengobatan, apotik, rumah sakit serta jarak tempuh ke FKTL yang tergolong jauh dan membutuhkan biaya yang besar.**

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, pada Pasal 10 ayat 1, 2 dan 3 menyatakan bahwa Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan. Dalam kondisi tertentu, pada 1 (satu) kecamatan dapat di dirikan lebih dari 1 (satu) Puskesmas dengan pertimbangan kondisi kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas. Oleh karena itu **perlu kajian yang lebih mendalam pada masing-masing wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Belu sebagai bahan pertimbangan dengan rasio ketersediaan Puskesmas. Sehingga aksesibilitas dan konektifitas layanan kesehatan dasar dapat**

terpenuhi. Sebab Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, mengatur bahwa Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan Primer di seluruh wilayah Indonesia yang mana kewajiban tersebut diutamakan dengan mengoptimalkan peran pemerintah daerah.

A.3 Akreditasi Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019, pada Pasal 25 menyatakan bahwa berdasarkan karakteristik wilayah kerja, Puskesmas di dikategorikan menjadi Puskesmas Kawasan perkotaan, Puskesmas Kawasan perdesaan, Puskesmas Kawasan terpencil dan puskesmas kawasan sangat terpencil yang ditetapkan oleh bupati/walikota (Tabel III.2.4). Seluruh puskesmas baik kategori kawasan perkotaan maupun sangat terpencil wajib terakreditasi nasional.

Menurut Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor 34 Tahun 2016, Tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia, menyatakan bahwa **salah satu Indikator Hak atas Kesehatan adalah Tersedianya 1 (satu) Puskesmas terakreditasi nasional di tingkat kecamatan** sesuai dengan peraturan dan standar yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Indikator ini sudah terpenuhi di Kabupaten Belu yakni 17 puskesmas yang ada di Kabupaten Belu (17 puskesmas) semuanya sudah terakreditasi nasional. Akan tetapi **status akreditasi puskesmas di Kabupaten Belu masih perlu di tingkatkan.**

Akreditasi Puskesmas menurut Permenkes RI Nomor 34 Tahun 2022 Pasal 1 Ayat 1 adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan pusat kesehatan, klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktek mandiri dokter dan tempat praktek mandiri dokter gigi, setelah dilakukan penilaian bahwa pusat kesehatan masyarakat, klinik, laboratorium kesehatan, unit transfusi darah, tempat praktek mandiri dokter dan tempat praktek mandiri dokter gigi, telah memenuhi standar akreditasi. Pengaturan akreditasi bertujuan untuk: (a) meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan dan

keselamatan bagi pasien dan masyarakat; (b) meningkatkan perlindungan bagi daya manusia kesehatan dan Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG sebagai institusi; (c) meningkatkan tata kelola organisasi dan tata Kelola pelayanan di Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG; dan (d) mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

Tabel III.2.4

Distribusi Puskesmas Berdasarkan Status Akreditasi, Kriteria Puskesmas dan Kemampuan Penyelenggaraan di Kabupaten Belu Tahun 2022

No	Kecamatan	Puskesmas (PKM)	Status Akreditasi	Kriteria Puskesmas	Kemampuan Penyelenggaraan
1	Raimanuk	PKM Rafae	Madya	Sangat terpencil	Rawat inap
		PKM Webora	Madya	Sangat terpencil	Rawat inap
2	Tasifeto Barat	PKM Halilulik	Dasar	Terpencil	Non rawat inap
3	Kakuluk Mesak	PKM Atapupu	Dasar	Terpencil	Non rawat inap
		PKM Ainiba	Madya	Terpencil	Non rawat inap
		PKM Haliwen	Madya	Terpencil	Rawat inap
4	Nanaet Duabesi	PKM Laktutus	Madya	Sangat terpencil	Rawat inap
5	Kota Atambua	PKM Kota	Madya	Kota	Non rawat inap
6	Atambua Barat	PKM Umanen	Dasar	Terpencil	Non rawat inap
7	Atambua Selatan	PKM Atambua Selatan	Utama	Terpencil	rawat inap
8	Tasifeto Timur	PKM Silawan	Madya	Terpencil	Non rawat inap
		PKM Wedomu	Madya	Sangat terpencil	Rawat inap
9	Raihat	PKM Haekesak	Madya	Terpencil	Non rawat inap
10	Lasiolat	PKM Aululik	Dasar	Sangat terpencil	Non rawat inap
11	Lamaknen	PKM Weluli	Dasar	Sangat terpencil	Rawat inap
		PKM Dilumil	Madya	Terpencil	Non rawat inap
12	Lamaknen Selatan	PKM Nualain	Madya	Sangat terpencil	Non rawat inap

Sumber: Kabupaten Belu Dalam Angka 2023

Selain faktor rasio ketersediaan puskesmas yang sebagian besar masih belum ideal terhadap kecamatan. Faktor status akreditasi puskesmas juga merupakan salah satu cara untuk menilai mutu dan kualitas pelayanan puskesmas. 17 puskesmas yang ada di Kabupaten Belu (17 puskesmas) semuanya sudah terakreditasi. Akan tetapi status akreditasi yang diperoleh

sebagian besar puskesmas di Kabupaten Belu masih berstatus Madya (11 Puskesmas), hanya 1 (satu) Puskesmas yang status akreditasinya Utama (PKM Atambua Selatan) sedangkan sisanya (5 Puskesmas) masih berstatus Dasar (PKM Halilulik, PKM Atapupu, PKM Umanen, PKM Aululik dan PKM Weluli) (Tabel III.2.4).

Mengacu pada Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 Pasal 6 Ayat 2 bahwa **Puskesmas harus terakreditasi jika bekerja sama dengan BPJS**. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, sebagai salah satu syarat Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). **Oleh karena itu pemerintah daerah Kabupaten Belu berkewajiban untuk meningkatkan program/kegiatan pembinaan dan pengawasan terhadap kegiatan Akreditasi, agar puskesmas dapat mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan** sesuai dengan Permenkes RI Nomor 34 Tahun 2022 Pasal 30 ayat 1 dan 3. Sehingga **status akreditasi dasar dan madya pada sebagian besar puskesmas yang ada di Kabupaten Belu yang semuanya telah bekerja sama dengan BPJS diharapkan dapat meningkat status akreditasinya. Pelaksanaan akreditasi di Puskesmas merupakan aspek penting dalam mendukung implementasi JKN sekaligus merupakan upaya meningkatkan kualitas pelayanan puskesmas dan kepuasan masyarakat di Kabupaten Belu secara berkesinambungan.**

B. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Pembantu (Pustu)

Dalam rangka meningkatkan aksesibilitas pelayanan, Puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan yang terdiri dari Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas Keliling dan Praktek Bidan Desa. Berdasarkan Undang-Undang RI No.17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa Puskesmas Pembantu (Pustu) merupakan jaringan pelayanan Puskesmas yang memberikan pelayanan Kesehatan secara permanen disuatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas. Pustu merupakan bagian integral Puskesmas, yang harus dibina secara berkalan oleh Puskesmas. Tujuan dan fungsi Pustu adalah

untuk meningkatkan jangkauan, mutu pelayanan kesehatan, menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan yang dilakukan Puskesmas bagi masyarakat di wilayah kerjanya. Menurut Permen Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor 34 Tahun 2016, Tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia, menyatakan bawah salah satu Indikator Hak atas Kesehatan adalah Rasio Pustu terhadap penduduk adalah 1:1.500.

Tabel III.2.5
Distribusi Pustu, Rasio Pustu dan Status Aksesibilitas di Kabupaten Belu Tahun 2022

	Kecamatan	Jumlah Pustu	Jumlah Penduduk	Rasio Pustu 1 : 1.500	Status Aksesibilitas
1	Raimanuk	1	17.872	1 : 17.872	Tidak Ideal
2	Tasifeto Barat	2	26.248	1 : 13.124	Tidak Ideal
3	Kakuluk Mesak	2	22.964	1 : 11.482	Tidak Ideal
4	Nanaet Duabesi	0	5.141	0 : 5.141	Tidak Ideal
5	Kota Atambua	0	31.582	0 : 31.582	Tidak Ideal
6	Atambua Barat	1	24.441	1 : 24.441	Tidak Ideal
7	Atambua Selatan	1	26.392	1 : 26.392	Tidak Ideal
8	Tasifeto Timur	1	27.212	1 : 27.212	Tidak Ideal
9	Raihat	1	15.281	1 : 15.281	Tidak Ideal
10	Lasiolat	0	7.440	0 : 7.440	Tidak Ideal
11	Lamaknen	3	13.465	1 : 4.488	Tidak Ideal
12	Lamaknen Selatan	2	9.059	1 : 4.529	Tidak Ideal
Jumlah		14	227.097	1 : 16.221	Tidak Ideal

Sumber: Data Olahan, BPS Kab. Belu Tahun 2023, Dinkes Kab. Belu Tahun 2023

Rasio Puskesmas Pembantu terhadap penduduk adalah merupakan perbandingan ideal antara jumlah ketersediaan Puskesmas pembantu terhadap jumlah penduduk dengan rasio ideal sebesar 1:1.500 (Jumlah Penduduk/Jumlah Pustu). Berdasarkan data pada Tabel III.2.5, terdapat 14 Pustu di Kabupaten Belu yang tersebar dalam 14 wilayah kerja Puskesmas. Masih terdapat 3 (tiga) Puskesmas di Kabupaten Belu yang belum memiliki Puskesmas Pembantu. **Secara keseluruhan semua Pustu di Kabupaten Belu belum ideal, karena standar ideal Pustu harusnya melayani maksimal**

1.500 penduduk (Tabel III.2.3). Rasio Pustu yang belum ideal serta kondisi geografi dan topografi wilayah, masih terdapat wilayah yang sulit dijangkau, terpencil/sangat terpencil di wilayah perbatasan, dan memiliki penduduk yang sedikit namun penyebaran/distribusi penduduknya tidak merata dengan wilayah kerja puskesmas dan atau kecamatan yang luas, berdampak pada aksesibilitas pelayanan kesehatan dasar di masyarakat (Tabel III.2.5).

Oleh karena itu ketersediaan Pustu di setiap kecamatan yang ada di Kabupaten Belu dinilai masih kurang ideal untuk memaksimalkan layanan kesehatan bagi masyarakat. Oleh karena itu perlu kajian yang lebih spesifik dalam mempertimbangkan peningkatan atau penambahan jumlah puskesmas pembantu (Pustu) untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama untuk kecamatan-kecamatan yang rasio ketersediaan puskesmasnya belum ideal, tidak memiliki poliklinik swasta/balai pengobatan, apotik serta rumah sakit serta jarak tempuh ke Puskesmas yang ada di kecamatan maupun FKTL tergolong jauh dan membutuhkan biaya yang besar. **Walaupun berdasarkan hasil FGD masyarakat tidak terlalu mempermasalahkan ketersediaan Pustu, dikarenakan umumnya mereka lebih memilih berobat ke Puskesmas dibanding Pustu. Hal ini tentunya berhubungan dengan mutu pelayanan di Pustu yang perlu diperkuat dan di tingkatkan.**

Walaupun secara rasio jumlah ketersediaan Pustu di Kabupaten Belu belum memenuhi standar ideal, akan tetapi menurut Permenkes RI No.43 tahun 2019, pendirian Pustu didirikan dengan perbandingan 1 (satu) puskesmas pembantu untuk melayani 2 (dua) sampai 3 (tiga) desa/kelurahan. Dalam kondisi tertentu berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk, aksesibilitas dan ketersediaan sumber daya dapat didirikan Puskesmas Pembantu pada setiap desa/kelurahan. Kondisi tertentu tersebut ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. Oleh karena itu **perlu kajian yang lebih mendalam mengenai wilayah kerja masing-masing Pustu pada setiap desa/kelurahan di Kabupaten Belu sebagai bahan pertimbangan dengan rasio ketersediaan Pustu. Sehingga aksesibilitas dan**

konektifitas layanan kesehatan dasar dapat terpenuhi. Sebab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan Primer di seluruh wilayah Indonesia yang mana kewajiban tersebut diutamakan dengan mengoptimalkan peran pemerintah daerah sesuai dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

C. Klinik Kesehatan/Poliklinik/Balai Pengobatan

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialis. Berdasarkan Tabel III.2.6, Klinik/Poliklinik/Balai Pengobatan di Kabupaten Belu berjumlah 11 klinik dan hanya tersebar di 6 (enam) kecamatan dari 12 kecamatan yang ada di Kabupaten Belu. **Jumlah klinik di Kabupaten Belu masih tergolong kurang dan pola sebaran klinik di Kabupaten Belu masih belum merata, sebab umumnya klinik lebih terkonsentrasi di pusat kota.** Jumlah apotek terbanyak berada di Kecamatan Kota Atambua yaitu berjumlah 4 klinik dan Atambua Barat berjumlah 3 klinik, sedangkan 6 kecamatan lainnya walaupun memiliki jarak tempuh yang terjauh dari ibu kota masih belum terdapat klinik yaitu Kecamatan Raimanuk, Tasifeto Barat, Nanaet Duabesi, Tasifeto Timur, Raihat dan Lamaknen Selatan.

Rasio ketersediaan klinik adalah (jumlah penduduk setiap kecamatan/jumlah klinik setiap kecamatan dengan rasio ideal klinik dalam satu kecamatan adalah 1:16.000 berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor 34 Tahun 2016. Secara keseluruhan ketersediaan klinik masih belum ideal yaitu 1:20.645. Namun, apabila dilihat perkecamatan maka terdapat 3 (tiga) kecamatan yang memenuhi syarat ideal ketersediaan klinik yaitu Kota Atambua, Kecamatan Atambua Barat dan Kecamatan Lasiolat. Secara keseluruhan ketersediaan klinik dan sebagian besar yaitu **9 (sembilan) kecamatan di Kabupaten Belu tidak memenuhi standar ideal klinik, hal ini disebabkan karena lokasi kecamatan-kecamatan jauh dari ibukota Kabupaten Belu dan infrastruktur di kecamatan yang masih terbatas, pertimbangan kondisi geografis dan**

topografis wilayah serta kondisi ekonomi kondisi perekonomian yang berbeda antara wilayah.

Tabel III.2.6
Distribusi Klinik, Rasio Klinik, Status Aksesibilitas dan Jarak Tempuh Per Kecamatan di Kabupaten Belu Tahun 2022

	Kecamatan	Jumlah Klinik	Jumlah Penduduk	Rasio Klinik 1:16.000	Status Aksesibilitas	Jarak ke Ibukota (Km)
1	Raimanuk	0	17.872	1 : 17.872	Tidak Ideal	41,00
2	Tasifeto Barat	0	26.248	0 : 26.248	Tidak Ideal	17,50
3	Kakuluk Mesak	1	22.964	1 : 22.964	Tidak Ideal	14,00
4	Nanaet Duabesi	0	5.141	0 : 5.141	Tidak Ideal	35,00
5	Kota Atambua	4	31.582	1 : 7.895	Ideal	1,50
6	Atambua Barat	3	24.441	1 : 8.147	Ideal	4,00
7	Atambua Selatan	1	26.392	1 : 26.392	Tidak Ideal	5,70
8	Tasifeto Timur	0	27.212	0 : 27.212	Tidak Ideal	13,00
9	Raihat	0	15.281	0 : 15.281	Tidak Ideal	33,00
10	Lasiolat	1	7.440	1 : 7.440	Ideal	20,00
11	Lamaknen	1	13.465	1 : 13.465	Tidak Ideal	35,00
12	Lamaknen Selatan	0	9.059	0 : 9.059	Tidak Ideal	49,60
Jumlah		11	227.097	1 : 20.645	Tidak Ideal	

Sumber: Data Olahan, BPS Kab. Belu Tahun 2023, Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2023

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik, Pasal 5 ayat 1 Pemerintah daerah kabupaten/kota mengatur persebaran klinik yang diselenggarakan masyarakat di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan berdasarkan rasio jumlah penduduk. Oleh karena itu **perlu peran Pemerintah Daerah Kabupaten Belu dalam tata kelolah klinik agar sebaran klinik sebagai sarana pelayanan kesehatan primer dimasyarakat dapat merata, sehingga dari segi Aksesibilitas klinik memenuhi rasio ideal** berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor 34 Tahun 2016.

D. Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Mandiri Dokter Gigi

Tempat Praktek Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Mandiri Dokter Gigi Merupakan fasilitas pelayanan Kesehatan primer di masyarakat. Distribusi Praktek Dokter Perorangan (PDP) dan Praktek Dokter Gigi Perorangan (PDGP) berjumlah 2. yang bekerja sama dengan BPJS di Kabupaten Belu berjumlah 9 PDP dan 2 PDGP (Tabel III.2.1). **Pola sebaran lokasi tempat praktek PDP dan PDGP masih belum merata karena lebih terkonsentrasi di pusat kota yaitu Kota Atambua**, hal ini dikarenakan tingkat kepadatan penduduk kota lebih tinggi, kondisi ekonomi kondisi perekonomian yang berbeda antara wilayah, lokasi kecamatan-kecamatan jauh dari ibukota Kabupaten Belu, infrastruktur kecamatan yang masih terbatas, dan pertimbangan kondisi geografis dan topografis wilayah. Guna meningkatkan kualitas pelayanan dan kepuasan masyarakat, maka PDP dan PDGP yang bekerjasama dengan BPJS wajib melaksanakan akreditasi sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/1368/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Mandiri Dokter Gigi.

E. Apotek

Apotik sebagai fasilitas kesehatan primer yang menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Berdasarkan Tabel III.2.2, Apotek di Kabupaten Belu berjumlah 24 Apotek dan baru 5 (lima) apotek yang bekerjasama dengan BPJS. Apotek di Kabupaten Belu hanya tersebar di 6 (enam) kecamatan dari 12 kecamatan yang ada di Kabupaten Belu. **Jumlah apotek di Kabupaten Belu masih tergolong kurang dan pola sebaran Apotek di Kabupaten Belu masih belum merata, sebab umumnya apotek lebih terkonsentrasi di pusat kota.** Jumlah apotek terbanyak berada di Kecamatan Kota Atambua yaitu berjumlah 11 apotek, sedangkan 6 (enam) kecamatan lainnya walaupun memiliki jarak tempuh yang terjauh dari ibu kota Kabupaten Belu masih belum terdapat apotek yaitu Kecamatan Raimanuk, Kakuluk Mesak, Nanaet Duabesi, Tasifeto Timur, Raihat dan Lamaknen Selatan.

Tenaga Apoteker di Kabupaten Belu berjumlah 23 orang (Dinkes Kab. Belu 2023). Menurut Permenkes No.73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek menerapkan standar minimal rasio satu apotek per 8.333 jumlah penduduk di suatu kecamatan. Secara keseluruhan rasio ketersediaan apotik di Kabupaten Belu tidak memenuhi standar ideal yaitu 1:9.462. Namun apabila dilihat berdasarkan ketersediaan apotek terhadap kecamatan terdapat 4 (empat) kecamatan yang memenuhi standar ideal yaitu Kota Atambua, Kecamatan Atambua Barat, Kecamatan Atambua Selatan dan Kecamatan Lasiolat. Sedangkan sebagian besar yaitu 8 (delapan) kecamatan lainnya di Kabupaten Belu tidak memenuhi standar dari Permenkes, Hal ini disebabkan karena lokasi kecamatan-kecamatan jauh dari ibukota Kabupaten Belu dan infrastruktur di kecamatan yang masih terbatas, pertimbangan kondisi geografis dan topografis wilayah serta kondisi ekonomi kondisi perekonomian yang berbeda antara wilayah.

Tabel III.2.7
Distribusi Apotek, Rasio Apotek, Status Aksesibilitas dan Jarak Tempuh Per Kecamatan di Kabupaten Belu Tahun 2022

No	Kecamatan	Jumlah Apotek	Jumlah Penduduk	Rasio Apotik 1:8.333	Status Aksesibilitas	Jarak ke Ibukota (Km)
1	Raimanuk	0	17.872	0 : 17.872	Tidak Ideal	41,00
2	Tasifeto Barat	2	26.248	1 : 13.124	Tidak Ideal	17,50
3	Kakuluk Mesak	0	22.964	0 : 22.964	Tidak Ideal	14,00
4	Nanaet Duabesi	0	5.141	0 : 5.141	Tidak Ideal	35,00
5	Kota Atambua	11	31.582	1 : 2.871	Ideal	1,50
6	Atambua Barat	5	24.441	1 : 4.888	Ideal	4,00
7	Atambua Selatan	4	26.392	1 : 6.598	Ideal	5,70
8	Tasifeto Timur	0	27.212	0 : 27.212	Tidak Ideal	13,00
9	Raihat	0	15.281	0 : 15.281	Tidak Ideal	33,00
10	Lasiolat	1	7.440	1 : 7.440	Ideal	20,00
11	Lamaknen	1	13.465	1 : 13.465	Tidak Ideal	35,00
12	Lamaknen Selatan	0	9.059	0 : 9.059	Tidak Ideal	49,60
Jumlah		24	227.097	1 : 9.462	Tidak Ideal	

Sumber: Data Olahan, BPS Kab. Belu Tahun 2023, Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2023

Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) saat ini menjadikan Apotek sebagai salah satu fasilitas pelayanan Kesehatan yang lebih sering dikunjungi oleh masyarakat pada saat ini karena adanya kerjasama Apotek dengan BPJS. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.14 tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, bagian ke dua standar usaha apotek pada poin 11 menyatakan bahwa Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengatur persebaran apotek di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan dan akses masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kefarmasian serta memperhatikan rasio jumlah apotek dibandingkan dengan jumlah penduduk. Oleh karena itu **perlu peran Pemerintah Daerah Kabupaten Belu dalam tata kelolah apotek agar sebaran apotek sebagai sarana pelayanan kesehatan primer dimasyarakat dapat merata, sehingga dari segi Aksesibilitas Apotek memenuhi rasio ideal berdasarkan Permenkes No.73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek.**

F. Rumah Sakit (RS)

Berdasarkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan diselenggarakan secara berkesinambungan melalui system rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan. Sistem rujukan pelayanan Kesehatan perseorangan dilakukan berdasarkan kebutuhan berdasarkan kebutuhan medis pasien dan kemampuan pelayanan pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Sistem rujukan mencakup rujukan secara vertikal, horizontal dan rujuk balik. Pelayanan Kesehatan Lanjutan merupakan pelayanan spesialis dan/atau subspesialis yang mengedepankan pelayanan kuratif, rehabilitatif dan paliatif tanpa mengabaikan promotif dan preventif. Berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan, pada Pasal 1 ayat 1 menyatakan bahwa, Rumah sakit (RS) adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan

kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Dalam rangka pemenuhan ketersediaan Rumah sakit, maka Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan, Pasal 4 ayat 1 dan 2 menyatakan bahwa pemenuhan ketersediaan Rumah sakit (RS) dan peningkatan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat, pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat dapat mendirikan rumah sakit umum kelas D pratama yang didirikan pada daerah terpencil dan daerah yang sulit dijangkau karena keadaan geografis; daerah perbatasan yang berbatasan dengan negara lain baik yang dibatasi darat maupun laut. **Di Kabupaten Belu sudah terdapat 4 (empat) Rumah Sakit (2 RS pemerintah dan 2 RS swasta) yang telah terakreditasi dan salah satunya merupakan RS rujukan regional tipe C (Tabel III.2.4).**

Standar ideal suatu rumah sakit (RS) didasarkan pada jumlah penduduk suatu wilayah. Idealnya 1 (satu) rumah sakit (RS) menerapkan rasio 1:100.000 penduduk dalam suatu wilayah (1 RS minimal untuk melayani 100.000). Penduduk Kabupaten Belu berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2022 adalah sebanyak 224.306 (BPS Kab. Belu Tahun 2023). **Ketersediaan fasilitas sarana RS di Kabupaten Belu tahun 2023 sudah memenuhi syarat ideal ketersediaan RS yaitu 1:57.006 dengan Pola sebaran 4 (empat) rumah sakit di Kabupaten Belu sudah cukup baik karena terdistribusi di 3 (tiga) kecamatan yaitu Kota Atambua, Atambua Barat dan Tasifeto Barat (Tabel III.2.2), hal berarti ketersediaan RS di Kabupaten Belu telah memenuhi persyaratan sesuai dengan Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor 34 Tahun 2016, tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia, yang menyatakan bahwa salah satu Indikator Hak atas Kesehatan adalah tersedianya minimal 1 (satu) rumah sakit umum daerah terakreditasi nasional sesuai dengan peraturan dan standar yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI.**

Data pertumbuhan jumlah rumah sakit (RS) harus selaras dengan pertumbuhan jumlah tempat tidur (TT), berdasarkan jumlah penduduk suatu

wilayah. Idealnya suatu wilayah menerapkan rasio RS 1:100.000 dan tempat tidur rumah sakit 1:1.000 (1 TT berbanding 1.000 penduduk). Jumlah tempat tidur pada rumah sakit di Kabupaten Belu terus bertambah terutama dengan bertambahnya sarana RS yang sebelumnya hanya 3 (tiga) rumah sakit, saat ini telah memiliki 4 (empat) RS di kabupaten belu. Dari 286 unit TT pada tahun 2020 meningkat menjadi 519 unit TT pada tahun 2023. Sehingga **Rasio ketersediaan TT dari tahun 2020-2023 di Kabupaten Belu sudah tergolong ideal yaitu 1:439.**

Dengan adanya kebijakan Program Kesehatan Gratis (PKG) di Kabupaten Belu kerjasama dengan BPJS Kabupaten Belu yang berlaku sejak 1 (satu) Agustus 2021, menunjukkan bahwa data kunjungan pasien baik kunjungan rawat jalan dan rawat inap di FKTL RS mengalami peningkatan secara signifikan dari tahun 2021-2023. Jumlah kunjungan rujukan rawat jalan dan rawat inap yang memanfaatkan Program Kesehatan Gratis (PKG) di RSUD Mgr Gabriel Manek, SVD dari 17.072 (2021,) meningkat menjadi 25.907 (2022). Selaras pula dengan jumlah pasien rujukan tingkat II di RS Provinsi, yakni dari 417 pasien (2021) meningkat menjadi 985 pasien (2022). Dengan demikian total kunjungan rujukan pada FKTL di Kabupaten Belu dari 29.533 pasien (2021) meningkat secara signifikan menjadi 46.187 (2022). Peningkatan ini juga diprediksi terjadi pada tahun 2023, berdasarkan data awal semester 1 kunjungan PKG sudah meningkat dibanding semester yang sama pada tahun sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat sudah memanfaatkan Program Kesehatan Gratis (PKG) yang diselenggarakan Pemda Belu. Hal ini menunjukkan bahwa **masyarakat sudah berpartisipasi aktif dalam memanfaatkan Program Kesehatan Gratis (PKG) yang diselenggarakan Pemda Belu.**

Berdasarkan hasil FGD, ditemukan bahwa peningkatan jumlah kunjungan pasien rujukan rawat jalan maupun rawat inap dikarenakan sejak adanya Program Kesehatan Gratis (PKG) oleh pemerintah daerah Kabupaten Belu, **masyarakat apabila sakit ataupun perlu tindakan medis yang tidak bisa dilayani di puskesmas, mereka tidak merasa takut, bingung dan**

kuatir lagi untuk dirujuk ke FKTL. Karena apabila pasien dirujuk yang selama ini dikuatirkan dan menjadi beban pikiran pasien ataupun keluarga pasien yang pertama adalah biaya pengobatan yang akan dikeluarkan. Tidak dapat dipungkiri bahwa faktor biaya seringkali menjadi faktor utama masyarakat untuk menolak dirujuk di FKTL dan memilih mencari pengobatan alternatif atau dirawat di rumah saja oleh keluarga. Sehingga dengan adanya pengobatan gratis menurut masyarakat pada saat FGD, sekarang mereka dan keluarga lebih merasa tenang apabila ada anggota keluarga yang sakit.

Tabel III.2.8 Distribusi Unit Tempat Tidur (TT) Rumah Sakit, Data Kunjungan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap di FKTL Tahun 2020-2021

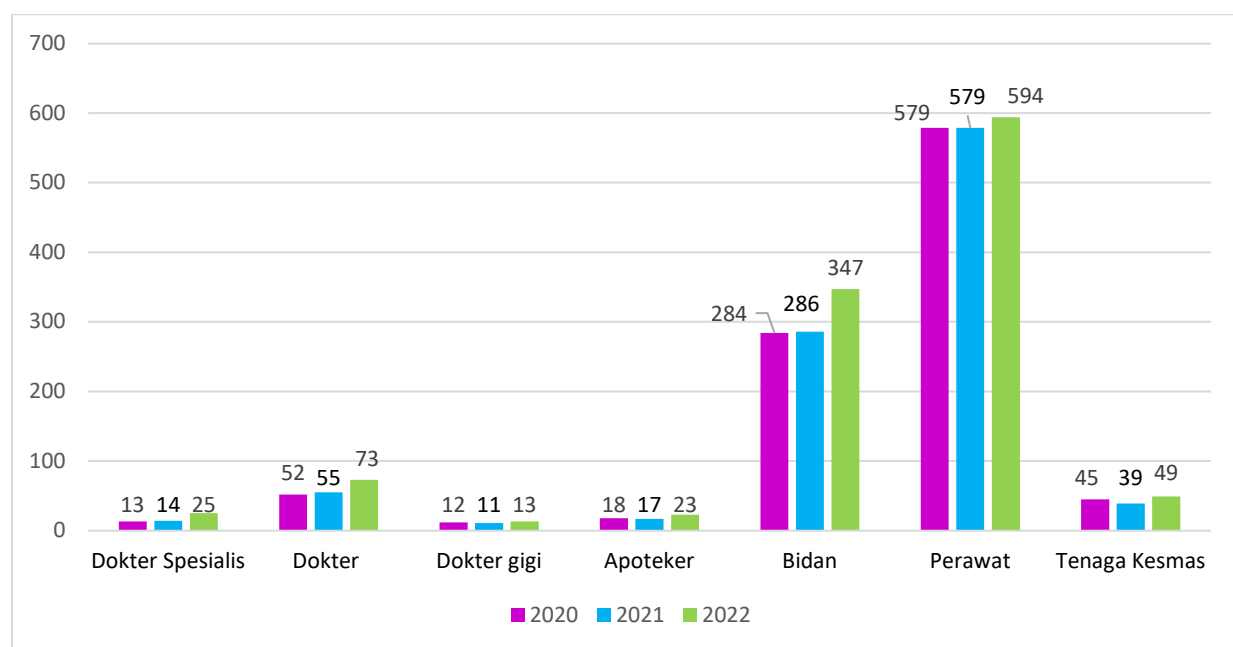
No	Uraian	Tahun			Keterangan
		2021	2022	2023	
A	Rasio Ketersediaan RS	1:75.699	1:56.800	1:57.006	1 : 100.000 Standar
	Jumlah RS	3	4	4	
	Jumlah Penduduk	227.097	227.203	228.023	
B	Jumlah Tempat Tidur (TT) Rumah Sakit (RS)	310	329	519	
1	RST	-	53	54	
2	RS Marianum Halilulik	50	50	50	
3	RSUD Mgr Gabriel Manek	170	170	333	
4	RS Sito Husada	90	56	82	
C	Rasio Ketersediaan Tempat Tidur RS	1 : 733	1 : 690	1 : 439	1 : 1.000 Standar
D	Rujukan Program Kesehatan Gratis (PKG) RSUD Mgr Gabriel Manek, SVD	17.072	25.907	18.223*	* Semester I
	Rawat Jalan	10.632	16.365	11.542*	
	Rawat Inap	6.440	9.542	6.681*	
F	Rujukan PKG Tk II (RS Provinsi)	417	985	344*	* Semester I
G	Total Seluruh Kunjungan FKTL di Kab. Belu				
	Rawat Jalan	20.179	22.546	-	
	Rawat Inap	9.354	23.641	-	
	Total	29.533	46.187	-	

Sumber: Data Olahan, BPS Kab. Belu, Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2022 dan 2023

III.2.2 Sumber Daya Kesehatan

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 berdasarkan Permenkes RI No.43 Tahun 2019. Kualitas pelayanan kesehatan di sarana kesehatan sangat tergantung pada tersedianya tenaga professional dibidang kesehatan. **Program Kesehatan Gratis (PKG) yang dicanangkan Pemda Kabupaten Belu akan berdampak pada peningkatan pemanfaatan fasilitas kesehatan, oleh sebab itu harus selaras dengan kesiapan kuantitas dan kualitas dari tenaga kesehatan sebagai pelaksana PKG.** Dengan demikian perlu pengkajian gambaran tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Belu. **Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Belu setiap tahunnya mengalami peningkatan secara kuantitas. Hal ini menunjukkan adanya upaya peningkatan SDK dalam menunjang pelayanan kesehatan yang berkualitas (Gambar III.2.2).**

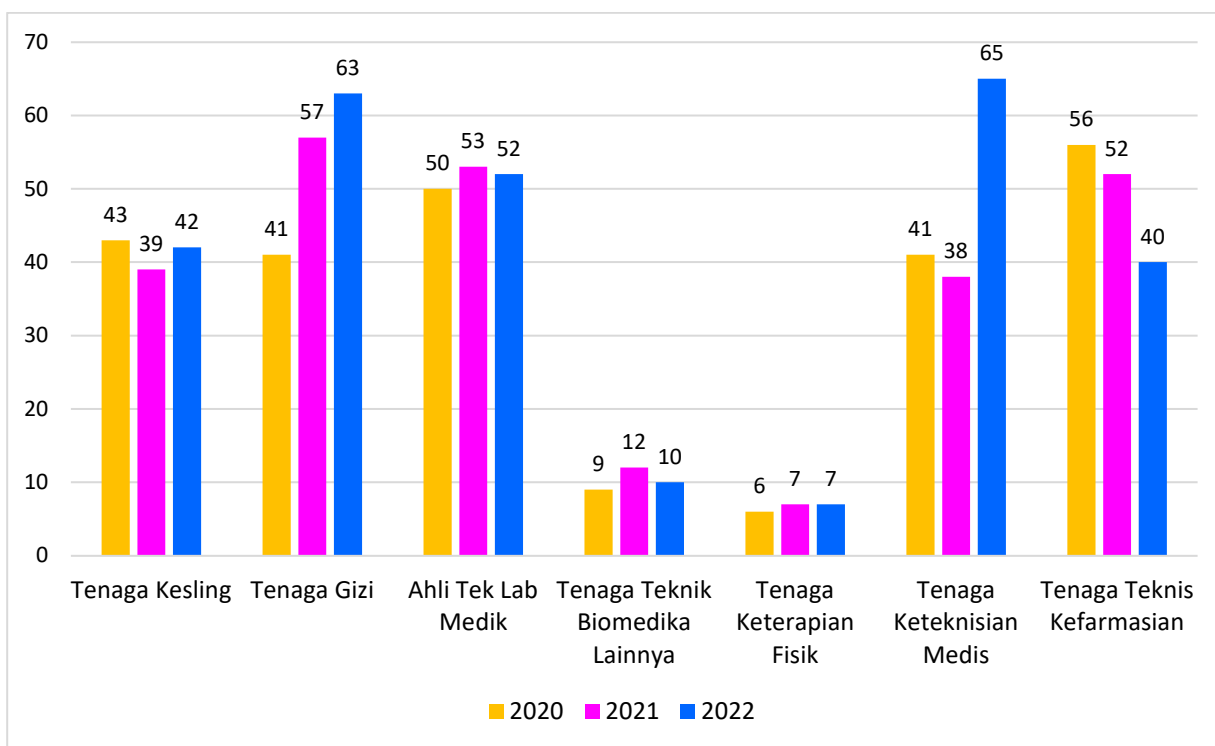


Sumber: Data Olahan, Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2023

Gambar III.2.2
Distribusi Tenaga Dokter Spesialis, Dokter, Dokter Gigi, Apoteker, Bidan, Perawat dan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022

Berdasarkan standar target rasio kebutuhan SDM Kesehatan Tahun 2014, 2019 dan 2025 (Kepmenkes Bidang Kesra No.54 Tahun 2013). Rasio tenaga

kesehatan per 100.000 penduduk di Kabupaten Belu masih terdapat 6 (enam) jenis tenaga kesehatan yang belum memenuhi syarat ideal yaitu Rasio dokter umum, Rasio dokter gigi dan dokter spesialis gigi, Tenaga Teknik Biomedika Lainnya, Tenaga Keterapian Fisik dan Apoteker. Rasio jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Belu tersebut masih di bawah target Indonesia Sehat 2012 dan standar dari WHO (Tabel III.2.9).



Sumber: Data Olahan, Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2023

Gambar III.2.3
Distribusi Tenaga Kesling, Gizi, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknik Biomedika Lainnya, Keterapian Fisik, Keteknisian Medis & Tenaga Teknis Kefarmasian di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022

Berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 22 Tahun 2021 tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Azasi Manusia pada lampiran Hak akan Kesehatan rasio ketersediaan, terdapat rasio yang

digunakan sebagai standar ideal. Rasio tenaga kesehatan adalah perbandingan ideal antara jumlah ketersediaan tenaga kesehatan berbanding jumlah penduduk. Jumlah penduduk di Kabupaten Belu tahun 2022 adalah 227.097 jiwa, sehingga rasio tenaga kesehatan yang tidak ideal adalah Rasio dokter umum, Rasio dokter gigi dan dokter spesialis gigi serta Apoteker (Tabel III.2.10).

Tabel III.2.9
Rasio Tenaga Kesehatan Berdasarkan Kepmenko Bidang Kesra No.54 Tahun 2013 di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022

No	Rasio Tenaga Kesehatan (per 100.000 penduduk)	2020	2021	2022	Standar Rasio (per 100.000 penduduk)	Keterangan (sesuai data rasio 2022)
1	Rasio dokter spesialis	5,7	6,16	11	11	Ideal
2	Rasio dokter umum	23	24	32	45	Tidak Ideal
3	Rasio dokter gigi & dokter spesialis gigi	6	5	6	13	Tidak Ideal
4	Rasio bidan	131	126	153	120	Ideal
5	Rasio perawat	267,1	255	262	180	Ideal
6	Tenaga Kesmas	20,8	17,2	21,6	16	Ideal
7	Tenaga Kesling/Sanitasi	19,8	17,2	18,5	18	Ideal
8	Tenaga Gizi	25,4	15,1	27,7	14	Ideal
9	Ahli Tek Lab Medik	23,1	23,3	29,9	16	Ideal
10	Tenaga Teknik Biomedika Lainnya	4,2	5,3	4,4	16	Tidak Ideal
11	Tenaga Keterampilan Fisik	2,8	3,1	3,1	5	Tidak Ideal
12	Tenaga Keteknisian Medis	18,9	16,7	28,6	16	Ideal
13	Tenaga Teknis Kefarmasian	25,83	22,9	17,6	24	Tidak Ideal
14	Apoteker	8,3	7,49	10,1	12	Tidak Ideal

Sumber: Data Olahan, BPS Kab. Belu Tahun 2023, Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2023

Di Kabupaten Belu masih ada jenis tenaga kesehatan yang belum memenuhi rasio tenaga kesehatan, walaupun setiap tahun berdasarkan data jumlah tenaga kesehatan terus bertambah. Saat ini masih dibutuhkan penambahan formasi tenaga kesehatan terutama dokter, dokter gigi dan apoteker agar mencapai standar rasio ideal yang ditetapkan, sedangkan tenaga

kesehatan dokter spesialis, bidan dan perawat sudah memenuhi standar ideal. Akan tetapi **perlu adanya aturan/kebijakan dan strategi dari Pemerintah Daerah Kabupaten Belu untuk mengatur dalam upaya mempertahankan rasio tenaga kesehatan agar tetap sesuai dengan standar pelayanan kesehatan terutama tenaga medis khususnya dokter spesialis yang saat ini sudah ideal**, dibandingkan dengan tahun 2021 rasio dokter ideal masih belum memenuhi syarat ideal yaitu 1:16.221.

Tabel III.2.10

Rasio Tenaga Kesehatan Berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 22 Tahun 2021 di Kabupaten Belu Tahun 2020-2022

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah Tenaga Kesehatan	Rasio Tenaga Kesehatan	Standar Rasio Ideal	Keterangan
1	Rasio dokter spesialis	25	1:9.084	1:16.000	Ideal
2	Rasio dokter umum	73	1:3.112	1:2.200	Tidak Ideal
3	Rasio dokter gigi & dokter spesialis gigi	13	1:17.469	1:7.500	Tidak Ideal
4	Rasio bidan	347	1:655	1:850	Ideal
5	Rasio perawat	594	1:382	1:560	Ideal
6	Apoteker	23	1: 9.874	1: 8.333	Tidak Ideal

Sumber: Data Olahan, BPS Kab. Belu Tahun 2023, Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2023

III.2.3 Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan

A. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya Kecamatan Sehat. Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan kesehatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP). UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi

timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat. Sedangkan UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, menyembuhkan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Tabel III.2.11
Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap di Kabupaten Belu
Tahun 2020-2023

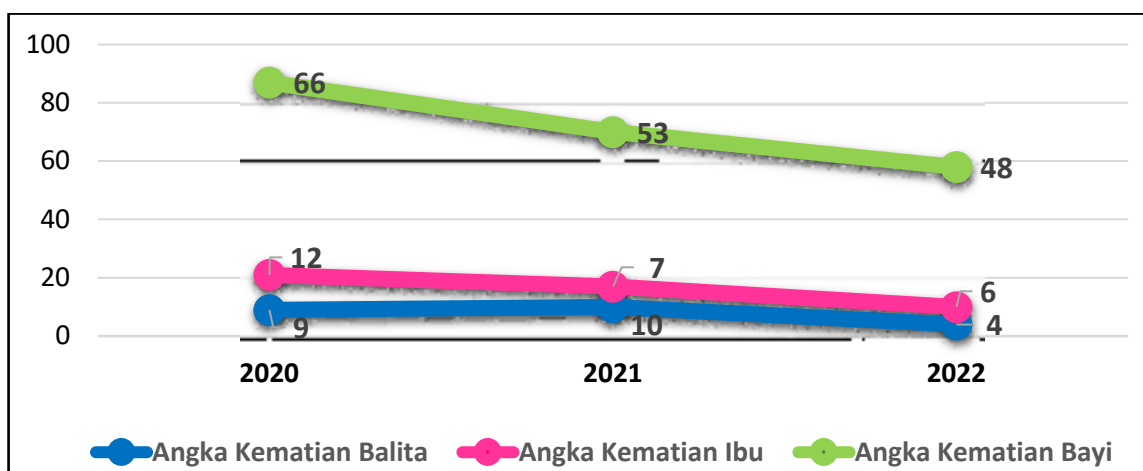
No	Kunjungan di Puskesmas	Rawat Jalan	Rawat Inap	Jumlah	Keterangan
1	Belum Melaksanakan Program Kesehatan Gratis (PKG)				
	2020	36.204	999	37.203	Januari-Desember 2022
2	Telah Melaksanakan Program Kesehatan Gratis (PKG)				
	2021	12.100	1.171	13.271	Agustus-Desember 2021
	2022	65.987	424	66.411	Januari-Desember 2022
	2023	35.237	46	35.283	Januari Mei 2023

Sumber: Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2023

Berdasarkan telaah data sekunder semua pelaksanaan UKM dan UKP di Puskesmas di Kabupaten Belu telah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP), hal ini sangat penting untuk menjadi pedoman bagi setiap petugas di Puskesmas dalam melaksanakan pelayanan ataupun kegiatan, sehingga kualitas pelayanan dapat terukur dan tercapai sesuai standar operasional yang ditetapkan.

Dengan adanya kebijakan Program Kesehatan Gratis (PKG) di Kabupaten Belu kerjasama dengan BPJS Kabupaten Belu yang berlaku sejak 1 (satu) Agustus 2021, menunjukkan bahwa data kunjungan pasien baik kunjungan pasien di FKTP yakni 17 puskesmas yang ada di Kabupaten Belu mengalami peningkatan secara signifikan dari tahun 2021-2023, dibandingkan dengan tahun 2020 yang belum melaksanakan program PKG. Tahun 2020 pemerintah Kabupaten Belu belum melaksanakan PKG, jumlah kunjungan pasien rawat

jalan dan rawat inap di Puskesmas pada tahun 2020 adalah 37.203, meningkat secara signifikan menjadi 66.411 65 tahun 2022. Peningkatan ini juga diprediksi terjadi pada tahun 2023, berdasarkan data awal semester 1 kunjungan PKG sudah meningkat dibanding semester yang sama pada tahun sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa **masyarakat sudah berpartisipasi aktif dalam memanfaatkan Program Kesehatan Gratis (PKG) yang diselenggarakan Pemda Belu.**

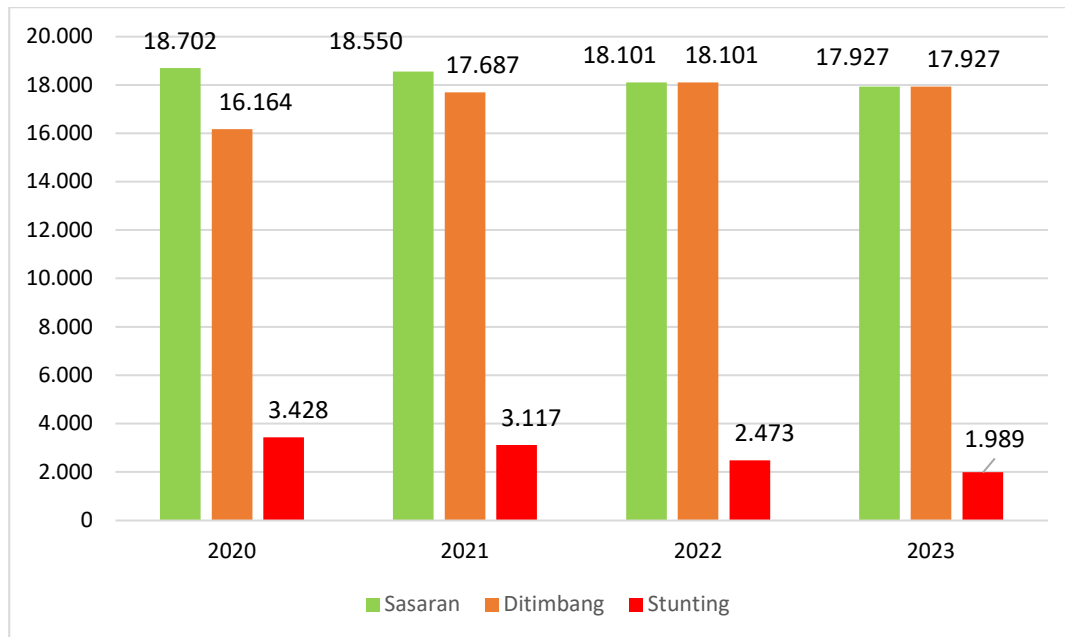


Sumber: Data Olahan, Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2023

Gambar III.2.4
Trend Kasus Kematian Ibu, Kematian Bayi dan Balita di Kabupaten Belu
Selama Tahun 2020-2022

Kerjasama lintas sektor serta meningkatnya partisipasi masyarakat dalam pemanfaatan FKTP, berdampak terhadap capaian pelayanan kesehatan UKM dan UKP yang diselenggarakan oleh Puskesmas. Terutama capaian kesehatan yang menjadi isu prioritas nasional serta indikator kesehatan suatu daerah yaitu diantaranya adalah tingkat keberhasilan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta penanganan stunting. Berdasarkan trend kematian ibu, kematian bayi dan balita selama 3 (tiga) tahun terakhir terjadi penurunan kasus yang cukup signifikan dari tahun 2020-2022, walaupun belum mencapai target yaitu nol kasus (Gambar III.2.4). Demikian

pula dengan penurunan kasus stunting di Kabupaten Belu selama 4 (empat) tahun terakhir, yaitu dari 3.428 kasus (21,2%) pada tahun 2020 menurun menjadi 1.989 kasus (11,1%) pada tahun 2023 (Gambar III.2.5).



Sumber: Data Olahan, Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2023

Gambar III.2.5
Trend Kasus Stunting di Kabupaten Belu Selama Tahun 2020-2023

Berdasarkan hasil FGD, ditemukan bahwa peningkatan jumlah kunjungan pasien dalam memeriksakan kesehatan (rawat jalan) maupun rawat inap di FKTP dikarenakan sejak adanya Program Kesehatan Gratis (PKG) oleh Pemda Kabupaten Belu, **masyarakat apabila sakit ataupun memerlukan tindakan medis, mereka tidak merasa terbebani lagi dengan biaya kesehatan. Tidak dapat pungkiri bahwa faktor biaya seringkali menjadi salah satu faktor bagi masyarakat untuk enggan memeriksakan diri sedini mungkin di FKTP dan memilih mencari pengobatan alternatif atau dirawat di rumah saja oleh keluarga. Sehingga dengan adanya pengobatan gratis mereka dan keluarga tidak menunggu sakit berat dulu baru ke**

Puskesmas/Pustu tetapi bisa lebih sering FKTP untuk mengontrol kesehatannya walaupun baru merasakan gejala penyakit ataupun untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lainnya di Puskesmas. Hal ini secara langsung akan berdampak terhadap capaian pelayanan kesehatan serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

B. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Indikator yang digunakan untuk menilai kualitas pelayanan di rumah sakit antara lain penilaian terhadap Bed Occupancy Rate (BOR), Bed Turn Over (BTO), Turn Over Interval (TOI), Length Of Stay (LOS), Gross Death Rate (GDR) dan Net Death Rate (NDR). Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu presentase pemakaian tempat tidur (TT) pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan TT rumah sakit. Angka BOR yang rendah menunjukkan semakin sedikit TT yang digunakan pasien dibandingkan yang tersedia, menimbulkan pertanyaan bagaimana pelayanan dan permasalahan pendapatan di fasilitas kesehatan tersebut, sedangkan semakin tinggi nilai BOR (>85%) berarti menunjukkan, semakin tinggi tingkat pemanfaatan TT untuk perawatan pasien. Semakin banyak pasien yang menggunakan TT berarti pelayanan yang dijalankan dokter, perawat dan lain-lain kurang efektif, karena semakin tinggi pula beban kerja petugas di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, ruang kerja terbatas, sehingga perlu pengembangan RS atau penambahan tempat tidur.

Nilai indikator BOR yang ideal adalah antara 60-85% (DepKes RI, 2005). Rumus BOR = (Jumlah hari perawatan rumah sakit/(Jumlah tempat tidur x Jumlah hari dalam satu periode)) x 100%. Dengan melihat indikator BOR ini maka perlu adanya suatu sistem yang ideal untuk menyeimbangkan kualitas pelayanan medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien, kesejahteraan petugas sehingga akan berpengaruh terhadap pendapatan bagi pihak fasilitas pelayanan Kesehatan. Pada Tabel III.2.12, **angka BOR di Kabupaten Belu sebelum sepenuhnya menerapkan PKG masih TIDAK IDEAL atau BOR tergolong rendah yaitu 51,4% (2020) dan 29,5% (2021). Namun pada tahun**

2022 setelah PKG berjalan angka BOR meningkat menjadi 64,3%, hal ini berarti tingkat pemanfaatan fasilitas perawatan RS oleh masyarakat tergolong IDEAL, yang berarti sistem yang diterapkan RS di Kabupaten Belu sudah ideal dalam menyeimbangkan kualitas pelayanan medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien, kesejahteraan petugas yang berpengaruh terhadap pendapatan bagi pihak rumah sakit yang meningkat.

Tabel III.2.12 Indikator Kinerja Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit
Di kabupaten Belu Tahun 2020-2021

No	Indikator RS	2020	2021	2022	Standar	Keterangan Nilai Indikator 2022
1	Angka kematian kasar/ Gross Death Rate (GDR)	24,7‰	30,5‰	22,9‰	<45 ‰	Ideal
2	Angka kematian murni/Nett Death Rate (NDR)	13,9‰	18,5 ‰	15,1‰	< 25 ‰	Ideal
3	Bed Occupancy Rate (BOR)	51,4%	29,5%	64,3%	60-85%	Ideal
4	Bed Turn Over (BTO)	52,3 kali	30,1 kali	42,9 kali	40-50 kali	Ideal
5	Turn Over Interval (TOI)	3,4 hari	8,6 hari	3 hari	1-3 hari	Ideal
6	Length Of Stay (LOS)	1,4 hari	3,4 hari	5,4 hari	6-9 hari	Tidak Ideal

Sumber: Data Olahan, Dinas Kesehatan Kab. Belu Tahun 2020, 2021 dan 2022

Bed Turn Over (BTO) yaitu Angka perputaran tempat tidur atau frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, biasanya tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur. Ideal dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Rumus BTO = Jumlah pasien keluar (hidup+mati)/Jumlah tempat tidur. Nilai BTO yang tinggi berarti tempat tidur yang tersedia semakin banyak digunakan oleh pasien, menunjukkan beban kerja tim perawatan semakin tinggi, tempat tidur/ruangan tidak sempat dibersihkan dan atau disterilkan secara

maksimal, sehingga meningkatkan resiko infeksi nosokomial karena karena tempat tidur terus digunakan secara bergantian. Hal ini bisa menimbulkan ketidakpuasan pasien, bisa mengancam keselamatan pasien (*patient safety*) dan menurunkan kinerja tim medis. **Data BTO pada Rumah sakit di kabupaten belu sebelum sepenuhnya menerapkan pkg masih Tidak Ideal yaitu BTO tergolong tinggi pada tahun 2020 (52,3 kali) dan tergolong rendah pada tahun 2021 (30,1 kali). Namun pada tahun 2022 setelah PKG berjalan BTO menjadi 42,9 kali (Tabel III.2.12), Hal ini berarti tingkat tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur (TT) pada tahun 2022 oleh masyarakat di Kabupaten Belu tergolong ideal.**

Turn Over Interval (TOI) atau tenggang perputaran tempat tidur, yaitu rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati sampai terisi kembali. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari. Rumus TOI = ((Jumlah tempat tidur X Periode)–Hari perawatan)/Jumlah pasien keluar (hidup + mati). **Data TOI pada rumah sakit di Kabupaten Belu sebelum sepenuhnya menerapkan PKG masih Tidak Ideal atau TOI tergolong tinggi yaitu 3,4 hari (2020) dan 8,6 hari (2021). Namun pada tahun 2022 setelah PKG berjalan TOI pada RS di Kabupaten Belu adalah 3 (tiga) hari (Tabel III.2.12). Hal ini berarti rata-rata hari dimana TT tidak ditempati sampai terisi kembali oleh pasien di Kabupaten Belu tergolong Ideal.**

Length Of Stay (LOS) adalah rata-rata lama pasien dirawat. Idealnya nilai LOS yang ideal adalah antara 6-9 hari. Rumus LOS = Jumlah lama dirawat/Jumlah pasien keluar (hidup+mati). Pada Tabel III.2.12 Angka LOS di Kabupaten Belu dari tahun 2020-2021 masuk dalam kategori rendah terutama tahun 2020 (1,4 hari), sedangkan pada tahun 2021 (3,4 hari). Indikator LOS ini digunakan untuk mengukur tingkat efektifitas dan memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit, akan apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut.

Rendahnya LOS, bukan saja karena faktor mutu pelayanan RS akan tetapi faktor pasien atau keluarga pasien juga dapat berperan dalam menentukan lamanya pasien di rawat. **Kebanyakan pasien meminta pulang**

lebih awal umumnya karena tidak memiliki asuransi, sehingga memilih pengobatan alternatif yang dianggap lebih murah ataupun merawat sendiri di rumah, walaupun dokter belum merekomendasi untuk pulang. Hal ini berkaitan pula dengan status sosial ekonomi dan pengetahuan yang rendah yang berhubungan dengan tingkat pendidikan seseorang serta faktor budaya setempat. Pasien yang keluar tanpa rekomendasi dokter sangat tidak dianjurkan karena hanya akan menyebabkan penyakit bertambah parah atau mengalami komplikasi, sehingga kemungkinan besar pasien akan kembali dirawat di RS akibat belum benar-benar pulih dan waktu perawatan akan semakin lama, biaya akan semakin besar serta tingkat mortalitas akan semakin tinggi.

Angka LOS pada tahun 2022 setelah pelaksanaan PKG terus meningkat cukup signifikan ke arah ideal yaitu 5,4 hari. Hal ini berarti **setelah pelaksanaan PKG masyarakat tidak takut lagi untuk dirawat di rumah sakit dan tidak ada alasan untuk meminta pulang lebih awal hanya karena faktor biaya. Berdasarkan hasil FGD masyarakat setelah adanya PKG apabila sakit lebih memilih berobat ke Puskesmas atau RS karena gratis dan percaya akan pengobatan/tindakan medis yang diberikan dapat memulihkan dan menyembuhkan penyakit atau keluhan kesehatan yang mereka derita karena ditangani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten serta peralatan medis yang memadai, sehingga tidak lagi memilih pengobatan alternatif yang menurut mereka belum pasti dapat dipercaya dapat menyembuhkan namun membayar.**

Gross Death Rate (GDR) adalah jumlah angka kematian umum bagi setiap 1000 pasien keluar. Indikator ini memberikan gambaran angka kematian total penderita keluar (hidup+mati). **Net death rate (NDR)** adalah jumlah angka kematian lebih dari >48 jam setelah dirawat bagi setiap 1000 pasien keluar. Idealnya angka <45% GDR dan NDR 25%. Standar Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Penurunan kinerja dokter dan perawat dapat menjadi salah satu faktor meningkatnya GDR dan

NDR. Keberhasilan pengelolaan mutu layanan dapat dinilai dengan menilai angka kematian. Apabila angka kematian tinggi di sebuah rumah sakit maka kemungkinan mutu pelayanan rumah sakit rendah. **Di Kabupaten Belu data GDR dan NDR rumah sakit dari tahun 2020-2022 sudah ideal.** Tahun 2021 GDR 30,5% dan mengalami penurunan menjadi 22,9%, demikian pula dengan NDR tahun 2021 yakni 18,5 %, mengalami penurunan menjadi 15,1% (Tabel III.2.12). **Hal ini berarti mutu pelayanan RS terus berupaya mengalami perbaikan untuk semakin baik.**

II.2.4 Pembiayaan Kesehatan dan Pelaksanaan Program Kesehatan Gratis (PKG)

Kabupaten Belu memberlakukan kebijakan pelayanan kesehatan gratis yang tertuang dalam Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah yang terintegrasi dengan Jaminan Kesehatan Nasional dalam upaya pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan kesehatan semesta di Kabupaten Belu. UHC merupakan sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap masyarakat memiliki akses yang adil untuk kebutuhan pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan finansial yang meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, deteksi dini, kuratif, rehabilitatif, paliatif yang berkualitas dan efektif tanpa kendala masalah biaya.

Tabel III.2.13
Alokasi Anggaran dan Realisasi Anggaran Jaminan Kesehatan Masyarakat
Kabupaten Belu Tahun 2021-2023

No	Tahun	Alokasi Anggaran	Realisasi Anggaran
1	2021	16.795.469.600	15.505.758.000
2	2022	29.126.060.600	24.603.853.400
3	2023	24.290.887.800	5.729.854.800*

* Realisasi Sampai Maret 2023

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2023

Implementasi Program Kesehatan Gratis (PKG) di Kabupaten Belu merupakan Transformasi dibidang kesehatan sebagai bentuk Dukungan Pemerintah Daerah Kabupaten Belu dalam upaya pencapaian UHC. Program Kesehatan Gratis (PKG) di Kabupaten Belu merupakan bentuk keberpihakan Pemerintah kepada masyarakat kabupaten Belu. Implementasi PKG di Kabupaten Belu mulai berlaku sejak tanggal 1 (satu) Agustus 2021 berdasarkan Perbup No 21 Tahun 2021. PKG di Kabupaten Belu telah dilaksanakan secara terintegrasi dengan jaminan kesehatan nasional (JKN) oleh pemerintah Kabupaten Belu bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Cabang Belu.

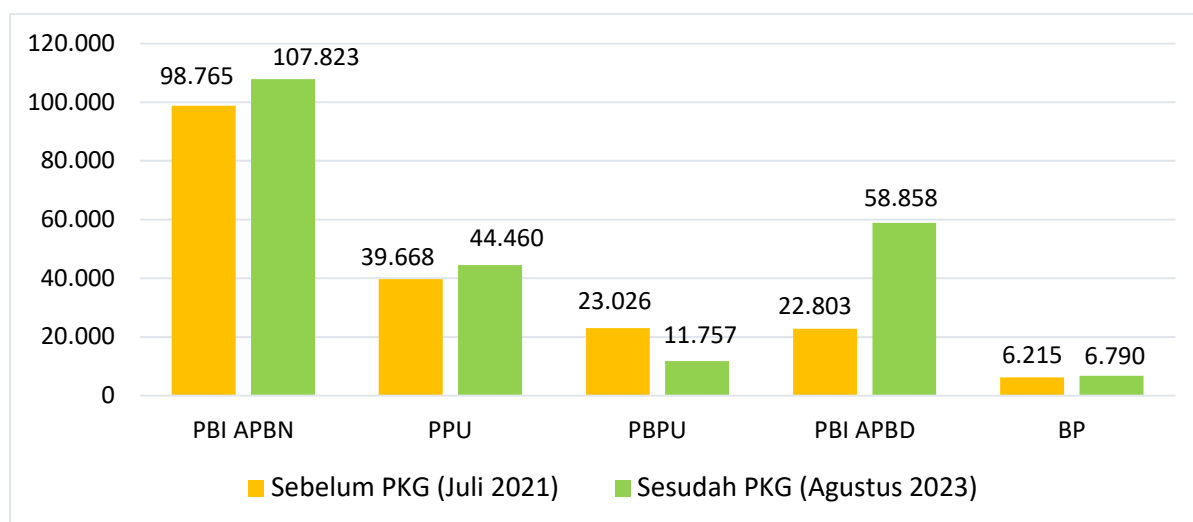
Tabel III.2.14 Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Kepesertaan Kabupaten Belu Tahun 2020, 2021 dan 2022

No	Jenis Kepesertaan	Peserta Jaminan Kesehatan					
		2020		2021		2022	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Penerima Bantuan Iuran (PBI)							
1	PBI APBN	99.108	45,7	97.932	43,1	108.540	50,0
2	PBI APBD	27.000	12,5	57.686	25,4	52.201	20,0
Sub Jumlah PBI		126.108	58,2	155.618	68,5	160.741	70,0
Non PBI							
1	Pekerja Penerima Upah (PPU)	38.732	17,9	40.511	17,8	41.937	20,0
2	Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)/ Mandiri	22.735	10,5	20.569	9,1	12.543	10
3	Bukan Pekerja (BP)	6.180	2,9	6.230	2,7	6.292	0,0
Sub Jumlah Non PBI		67.647	31,2	67.310	29,6	60.772	30,0
Total (Kab/Kota)		193.755	89,4	222.928	98,2	221.513	100

Sumber: Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2020, 2021 dan 2022

Sasaran penerima manfaat PKG adalah warga Kabupaten Belu yang berobat di fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Seluruh masyarakat Kabupaten Belu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan gratis. Persyaratan untuk mendapatkan pembebasan biaya retribusi pelayanan kesehatan antara lain: memiliki kartu tanda penduduk (KTP) Kabupaten Belu dan atau memiliki kartu identitas lainnya, Penerapan *UHC non cut off* di Kabupaten Belu memberikan kemudahan sistem

dalam kepesertaan yang bisa langsung aktif dan langsung terlindungi untuk memperoleh manfaat jaminan pelayanan kesehatan tanpa menunggu lama.



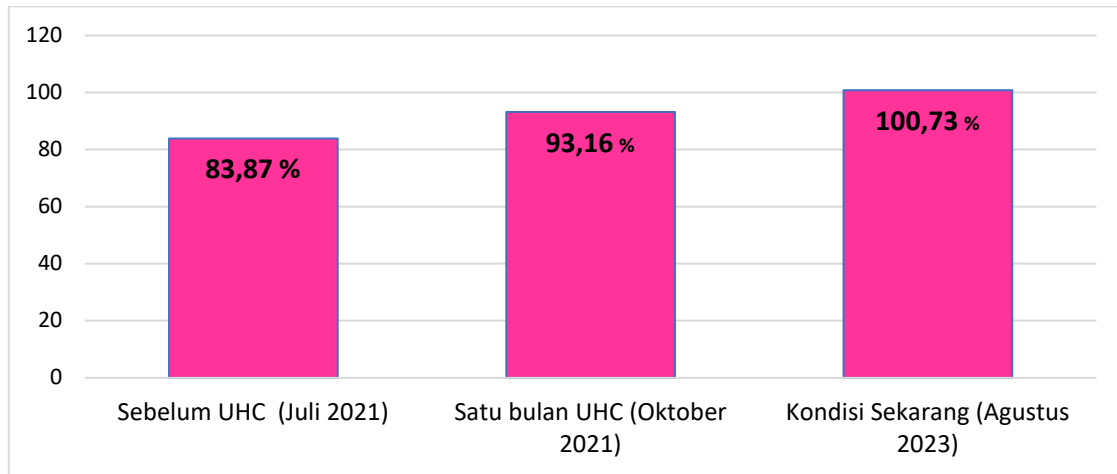
Sumber: Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2020, 2021 dan 2022

Gambar III.2.6

Distribusi Peserta JKN-KIS Berdasarkan Segmentasi Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan PKG di Kab. Belu Tahun 2021-2023

Data Tabel III.2.13, menunjukkan komitmen pemerintah Kabupaten Belu dalam melaksanakan Program Kesehatan Gratis (PKG) guna mendukung visi misi Belu Sehat, terlihat pada alokasi dan realisasi anggaran untuk jaminan kesehatan masyarakat Kabupaten Belu yang sangat besar. Data Tabel III.2.14, menunjukkan bahwa Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Kepesertaan khusus untuk kepesertaan penerima bantuan Iuran (PBI), baik PBI APBN dan PBI APBD mengalami peningkatan. Terutama PBI APBD peningkatan kepesertaan cukup signifikan yaitu dari 58,2% tahun 2020, namun meningkat setelah adanya PKG yaitu menjadi 68,5 % pada tahun 2021 dan terus meningkat pada tahun 2022 menjadi 70%. Berdasarkan data tersebut maka, PKG merupakan jawaban atas sebagian permasalahan yang terjadi di Kabupaten Belu. Hasil dari implementasi PKG kini seluruh

masyarakat di Kabupaten Belu memperoleh perlindungan Jaminan Kesehatan, sehingga bisa mengakses layanan berkualitas tanpa terkendala biaya.



Sumber: Dinkes Kabupaten Belu Tahun 2020, 2021 dan 2022

Gambar III.2.7
Progress Capaian UHC di Kabupaten Belu Sebelum dan Sesudah Program Kesehatan Gratis (PKG) di Kab. Belu Tahun 2021-2021

Pencapaian pelaksanaan Progress Pencapaian UHC sampai dengan Oktober 2023, menunjukkan pencapaian yang sangat signifikan yaitu dari 83,87% pada bulan Juli tahun 2021, kemudian meningkat menjadi 93,16 pada bulan Oktober tahun 2021 dan terus meningkat bahkan melebihi target yang ditetapkan yaitu menjadi pada bulan Oktober tahun 2023 yaitu 101,21% (Gambar III.2.6 dan Gambar III.2.7). **Hal ini berarti masyarakat sangat antusias dalam memanfaatkan program kesehatan gratis yang dicanangkan oleh pemerintah Kabupaten Belu**, karena tidak ada lagi alasan bagi masyarakat di Kabupaten Belu takut memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan karena hambatan finansial. Sehingga secara langsung PKG memberikan edukasi dan menyadarkan masyarakat dalam menjaga kesehatan dengan melakukan pencegahan dan deteksi dini, hal ini akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, karena upaya preventif dapat mencegah resiko komplikasi, kecacatan bahkan kematian

II.3 KEPUASAAN MASYARAKAT TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN DI FKTP DAN FKTL KABUPATEN BELU

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia. Seseorang tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya jika berada dalam kondisi tidak sehat, sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak. Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Peningkatan standar pelayanan kesehatan tidak bisa lepas dari kepuasan pelanggan sebagai pengguna jasa layanan. Kualitas pelayanan kesehatan di sarana kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, klinik swasta, apotek, pusat kesehatan jiwa dan klinik gigi adalah unsur penting dalam jasa pelayanan kesehatan. Sarana kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik, agar menjadi penyelenggara pelayanan kesehatan yang berperan aktif serta ikut mendukung tujuan pembangunan kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Mutu pelayanan kesehatan memang masih menjadi isu kesehatan yang penting baik di daerah, nasional, maupun internasional. Peningkatan mutu pelayanan merupakan hal yang sangat krusial dalam suatu manajemen instansi kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta. Mutu pelayanan kesehatan merupakan derajat pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di fasilitas layanan kesehatan secara efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan secara norma, etika, hukum, dan sosial budaya. Mutu pelayanan kesehatan memang sangat kompleks dan sering dihubungkan dengan tingkat kepuasan pasien/klien

Konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan ditentukan oleh lima unsur yang biasa dikenal dengan istilah kualitas layanan “RATER” (*responsiveness, assurance, tangible, empathy dan reliability*). Konsep kualitas layanan RATER intinya adalah membentuk sikap dan perilaku dari

pengembang pelayanan untuk memberikan bentuk pelayanan yang kuat dan mendasar, agar mendapat penilaian sesuai dengan kualitas layanan yang diterima. Hasil telaah kepuasan masyarakat terhadap Program Kesehatan Gratis (PKG) berdasarkan hasil FGD pada masyarakat penerima manfaat PKG dengan menggunakan instrument pengambilan data dan indikator kepuasan masyarakat menurut Kemenkes.

III.3.1 Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan

Aksesibilitas menunjukkan kemudahan bergerak dari suatu tempat ke tempat lainnya dalam suatu wilayah. Aksesibilitas ini mempunyai hubungan dengan jarak, dalam hal ini untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan, yang meliputi jarak absolut (mutlak) adalah jarak yang dihitung dari tempat tinggal pengunjung menuju fasilitas kesehatan dan jarak tempuh yaitu waktu yang di butuhkan oleh responden untuk menempuh jarak menuju fasilitas kesehatan baik dengan menggunakan alat transportasi maupun jalan kaki serta biaya transportasi yang dibutuhkan menuju fasilitas kesehatan. Aksesibilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Belu, masih perlu pembenahan berupa penguatan, peningkatan dan penambahan fasilitas kesehatan terutama FKTP.

Jumlah klinik/poliklinik/balai pengobatan, tempat praktek PDP (Praktek Dokter Perorangan) dan (Praktek Dokter Gigi Perorangan) PDGP dan Apotik di Kabupaten Belu masih tergolong kurang dan pola sebaran masih belum merata, karena umumnya fasilitas kesehatan tersebut lebih terkonsentrasi di pusat kota. Demikian pula dengan Puskesmas dan Pustu walaupun sudah terdistribusi di seluruh wilayah kecamatan di Kabupaten Belu, namun pola sebaran masih belum merata dan belum semua kecamatan memenuhi rasio ideal ketersediaan Puskesmas dan Pustu sesuai standar peraturan pemerintah yang di tetapkan.

Pertimbangkan kondisi demografi, geografi dan topografi yang berbeda-beda yakni masih terdapat wilayah yang sulit dijangkau, dan masuk dalam kategori wilayah terpencil perbatasan/sangat terpencil perbatasan, memiliki

penduduk yang sedikit/banyak namun penyebaran/distribusi penduduknya tidak merata dengan wilayah kerja puskesmas dan atau kecamatan yang luas. Oleh karena itu perlunya kajian yang lebih spesifik dalam mempertimbangkan upaya peningkatan atau penambahan jumlah Puskesmas dan Pustu di Kabupaten Belu, untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama untuk kecamatan-kecamatan yang tidak memiliki poliklinik swasta/balai pengobatan, apotik dan rumah sakit serta jarak tempuh ke FKTL (rumah sakit) yang tergolong jauh dan membutuhkan biaya transportasi yang besar. Sehingga dari segi aksesibilitas dan konektivitas layanan kesehatan dasar dapat meningkat dan memenuhi rasio ideal ketersediaan fasilitas kesehatan disuatu wilayah.

Hal ini menunjukkan besarnya peran pemerintah daerah untuk segera dapat melakukan pemetaan fasilitas kesehatan yang ada di daerahnya agar selanjutnya dapat digunakan sebagai dasar untuk melakukan strategi pemerataan fasilitas kesehatan. Perlu peran Pemerintah Daerah Kabupaten Belu berdasarkan Peraturan yang ditetapkan dalam mengatur tata kelola fasilitas kesehatan pratama yakni klinik/poliklinik/balai pengobatan, tempat praktek PDP (Praktek Dokter Perorangan) dan (Praktek Dokter Gigi Perorangan) PDGP dan Apotik di Kabupaten Belu agar sebarannya sebagai sarana pelayanan kesehatan primer dimasyarakat dapat merata, sehingga dari segi aksesibilitas dan konektivitas layanan kesehatan dapat meningkat dan memenuhi rasio ideal.

Berdasarkan hasil FGD **pada masyarakat pemerima manfaat pengobatan gratis, sejauh ini masyarakat tidak mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan RS, sebab sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang melayani pasien rujukan, umumnya dari semua pengalaman masyarakat yang sakit dan dirujuk, dengan kondisi kesehatan yang gawat darurat ataupun kesulitan menggunakan transportasi kendaraan bermotor/kendaraan umum ataupun keterbatasan biaya transportasi, maka mendapatkan fasilitas pelayanan mobil ambulance selama 24 jam secara gratis oleh puskesmas setempat.** Sehingga walaupun secara rasio

ketersediaan fasilitas kesehatan masih terdapat kecamatan yang belum ideal serta pola sebaran fasilitas kesehatan belum merata, namun Pemerintah Daerah Kabupaten Belu dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten Belu telah melakukan terobosan dalam aksesibilitas layanan berupa fasilitas transportasi ambulance secara gratis dan sudah dimanfaatkan oleh masyarakat selama ini. Oleh karena itu perlu penguatan Puskesmas untuk terus mempertahankan segi aksesibilitas yang sudah baik dan telah berjalan saat ini.

Aksesibilitas FKTL sudah cukup bagus, namun untuk FKTP khususnya Puskesmas masih terdapat masyarakat yang kurang puas dalam hal aksesibilitas. Berdasarkan hasil FGD walaupun masyarakat sudah mendapatkan pelayanan kesehatan gratis di fasilitas kesehatan, namun masih mengeluarkan biaya yang cukup besar untuk kebutuhan transportasi (ojek) ke fasilitas kesehatan. Hal ini dikarenakan pelayanan kesehatan di FKTP kepada masyarakat masih berdasarkan wilayah administrasi/ kecamatan belum berdasarkan zonasi atau jarak tempat tinggal. Sehingga walaupun jarak tempuh ke puskesmas yang berbeda kecamatan lebih dekat dari tempat tinggal, namun masyarakat saat berobat ke puskesmas tersebut diarahkan untuk kembali ke puskesmas sesuai wilayah kecamatan pada KTP. **Padahal PKG masyarakat dapat berobat di fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan hanya membawah KTP atau kartu keluarga. Namun hal ini masih belum tersosialisasi, baik pada fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan maupun masyarakat. Oleh karena itu perlu peningkatan frekuensi dan sasaran sosialisasi baik dari pihak BPJS cabang Belu maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Belu.**

III.3.2 *Responsiveness, Assurance, Tangible, Empathy dan Reliability*

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan diantaranya adalah *Responsiveness* (daya tanggap), *Assurance* (kepastian), *Tangible* (terwujud), *Empathy* dan *Reliability* (keandalan).

Keandalan dan keterampilan (*reliability*) petugas kesehatan dalam memberikan perawatan serta kecepatan petugas dalam memberikan tanggapan terhadap keluhan pasien (*responsiveness*). Berdasarkan hasil FGD sebagian besar masyarakat sudah sangat puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan dengan adanya PKG baik di FKTP maupun FKTL baik dari pelayanan, tenaga kesehatan, pengobatan, tindakan medis, maupun fasilitas. Masyarakat percaya dengan pelayanan, prosedur, pengobatan, terapi serta tindakan medis yang dilakukan di fasilitas kesehatan karena manfaat yang dirasakan, fasilitas alat kesehatan yang tersedia dan lengkap serta tenaga kesehatan yang kompeten.

Namun masih terdapat sebagian kecil masyarakatnya yang tidak puas dengan pelayanan PKG. Perasaan tidak puas yang dialami partisipan FGD terutama pada pengalaman menjadi pasien di FKTL. Hal tersebut disebabkan karena kurang adanya komunikasi yang baik oleh tenaga kesehatan terkait penjelasan kondisi medis yang dialami pasien dan penjelasan tindakan medis yang sedang dijalani maupun yang akan dilakukan. Pelayanan yang diberikan dinilai lamban dalam memberikan akses kesehatan sehingga tidak sesuai dengan yang diharapkan, padahal kondisi yang dirasakan pasien menurut keluarga sangat memprihatinkan/parah sehingga perlu pertolongan segera atau visite tenaga kesehatan secara kontinue agar kondisi kesehatan terus dapat terpantau dengan baik bahkan perlu tindakan medis segera.

Partisipan yang merasa tidak puas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan disebabkan karena sikap tenaga kesehatan yang kurang memberikan penjelasan mengenai penyakit dan tindakan medis kepada pasien secara komperhensif. Petugas kesehatan juga dinilai kurang baik dikarenakan petugas kurang memperhatikan kebutuhan pasien selama menjalani rawat inap, sehingga partisipan merasa diabaikan dan tidak dihargai serta merasa petugas kesehatan melayani dengan memandang status sosial ekonomi pasien. Salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah sikap kepedulian petugas kesehatan (*empaty*) terhadap pasien. Sikap petugas kesehatan yang kurang baik menyebabkan pasien merasa tidak puas.

Sehingga walaupun mendapatkan pelayanan kesehatan gratis, namun beberapa pasien masih trauma dengan sikap petugas kesehatan yang kurang *empaty* (kasar, merasa diabaikan, dan memandang status sosial) berdasarkan hasil FGD. Oleh karena itu **perlu adanya tranformasi kesehatan selain tranformasi teknologi, alat kesehatan, manajemen dan tenaga kesehatan yg disusun olen Dinas Kesehatan Belu, pada tranformasi tenaga kesehatan perlu diperinci dan di tekankan pula pada transformasi etika budaya dan empati dan khususnya bagi tenaga kesehatan di Kabupaten Belu.**

Sasaran penerima manfaat Program Kesehatan Gratis (PKG) adalah warga Kabupaten Belu yang berobat di fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Seluruh masyarakat Kabupaten Belu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan gratis. Persyaratan untuk mendapatkan pembebasan biaya retribusi pelayanan kesehatan antara lain: memiliki kartu tanda penduduk (KTP) Kabupaten Belu dan atau memiliki kartu identitas lainnya, Penerapan *UHC non cut off* di Kabupaten Belu memberikan kemudahan sistem dalam kepesertaan yang bisa langsung aktif dan langsung terlindungi untuk memperoleh manfaat jaminan pelayanan kesehatan tanpa menunggu lama. Implementasi PKG di Kabupaten Belu mulai berlaku sejak tanggal 1 (satu) Agustus 2021 berdasarkan Perbup No 21 Tahun 2021. PKG di Kabupaten Belu telah dilaksanakan secara terintegrasi dengan jaminan kesehatan nasional (JKN) oleh pemerintah Kabupaten Belu bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Cabang Belu.

Berdasarkan hasil FGD, disimpulkan bahwa besar masyarakat sangat puas dengan kebijakan Pemerintah Daerah Belu yang membuat terobosan dan tranformasi dibidang kesehatan berupa Program Kesehatan Gratis (PKG), namun masih masih terdapat sebagian kecil masyarakat yang kurang puas. Beberapa keluhan masyarakat yang dialami adalah dalam hal pembayaran obat yang tidak tersedia/habis/tidak dapat dicover oleh BPJS sehingga belum bisa dikatakan gratis secara keseluruhan menurut masyarakat, yang terungkap pada saat FGD. Hal ini dikarenakan kurangnya bahkan belum

pernah disosialisasi oleh pihak RS, BPJS dan tenaga kesehatan dalam menjelaskan prosedur penggantian biaya obat yang telah di beli kepada masyarakat penerima manfaat. Sehingga perlu meningkatkan sosialisasi baik secara langsung maupun menggunakan media kepada masyarakat penerima manfaat.

Dilihat dari jumlah kunjungan pada FKTP dan FKTL sebelum dan sesudah PKG yang sangat signifikan. Hal tersebut menunjukkan bahwa masyarakat sangat antusias dalam memanfaatkan program kesehatan gratis yang dicanangkan oleh pemerintah Kabupaten Belu. Setelah pelaksanaan PKG masyarakat apabila sakit ataupun memerlukan tindakan medis, mereka tidak merasa terbebani lagi dengan biaya kesehatan. Tidak dapat pungkiri bahwa faktor biaya seringkali menjadi salah satu faktor bagi masyarakat untuk enggan memeriksakan diri sedini mungkin di FKTP dan memilih mencari pengobatan alternatif atau dirawat di rumah saja oleh keluarga. Sehingga dengan adanya pengobatan gratis mereka dan keluarga tidak menunggu sakit berat dulu baru ke Puskesmas/Pustu tetapi bisa lebih sering FKTP untuk mengontrol kesehatannya walaupun baru merasakan gejala penyakit ataupun untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lainnya di Puskesmas.

Menurut masyarakat penerima manfaat berdasarkan pengalaman mereka yang dikemukakan pada saat FGD bahwa **“sekarang kalau kami sakit maka hanya perlu bawah/angkat komper ke rumah sakit dan bayar hanya pakai KTP, kami masyarakat kecil sangat berterimakasih dengan adanya Program pengobatan gratis, harapan kami program ini tetap dilanjutkan sampai ke anak cucu kami”**. Dengan adanya PKG secara langsung PKG memberikan edukasi dan menyadarkan masyarakat dalam menjaga kesehatan dengan melakukan pencegahan dan deteksi dini, hal ini tentunya akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat kedepannya, sebab. Berdasarkan hasil FGD masyarakat **setelah adanya PKG apabila sakit masyarakat lebih memilih berobat ke Puskesmas atau RS karena gratis dan cukup kualitas baik dari segi fasilitas sarana prasarana, pelayanan, pengobatan dan peralatan, dibandingkan dengan pengobatan alternatif**

yang menurut mereka belum pasti dapat dipercaya dapat menyembuhkan namun berbayar.

Dampak ini tentunya secara langsung akan mencegah tingkat keparahan atau komplikasi serta menyelamatkan pasien akibat suatu sakit atau pasien memerlukan tindakan medis karena kondisi gawat darurat. Masyarakat atau keluarga pasien dapat mengambil keputusan yang segera dan tepat tanpa harus khawatir mengenai biaya yang diperlukan. Sehingga pencegahan tingkat keparahan atau komplikasi bahkan kematian akibat sakit atau kondisi medis tertentu dapat dicegah sedini mungkin. Dengan demikian angka morbiditas dan mortalitas dapat menurun dan derajat kesehatan masyarakat dapat meningkat, sebab Hak atas kesehatan untuk semua masyarakat dapat tercapai.



IV.1 Simpulan

Yang menjadi simpulan dalam hasil penelitian ini adalah:

1. Efektifitas Peraturan Bupati Belu Nomor 35 Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegritas Dengan Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Pemenuhan *Universal Coverage* Di Kabupaten Belu;

Efektif atau tidaknya suatu hukum ditentukan oleh 5 (lima) faktor yaitu:

(a) Faktor hukumnya sendiri (Undang-Undang): kewenangan Lembaga pembuat UU serta Penerapan sanksi, (b) Faktor penegak hukum, Lembaga yang melakukan penegakan terhadap sebuah peraturan daerah, (c) Faktor sarana atau fasilitas yang mendukung penegakan hukum yaitu: Anggaran, Sumber Daya Manusia, dan Fasilitas, (d) Faktor masyarakat yaitu: Pengetahuan Masyarakat tentang hak-hak yang harus diperoleh seorang pasien dalam mendapatkan layanan kesehatan, dan (e) Faktor kebudayaan yaitu: Budaya antri, Budaya hidup bersih dan sehat, serta faktor lainnya adalah masih terdapat kepercayaan masyarakat akan pengobatan alternatif seperti dukun dan pendoa.

Yang secara keseluruhan dari 5 (lima) factor ini perlu mendapatkan perhatian dan perbaikan sehingga peraturan ini dapat di implementasikan di lapangan,

2. Kualitas Pelayanan Kesehatan di FKTP dan FKTL Kabupaten Belu:

- a. Jumlah dan pola sebaran klinik/Poliklinik/Balai pengobatan, Tempat praktek PDP (Praktek Dokter Perorangan) dan (Praktek Dokter Gigi Perorangan) PDGP dan Apotik di Kabupaten Belu belum memenuhi rasio ideal dan pola sebaran masih belum merata di sebagian wilayah kecamatan, karena umumnya fasilitas kesehatan tersebut lebih terkonsentrasi di pusat kota. Perlu peran Pemerintah Daerah Kabupaten Belu berdasarkan peraturan yang ditetapkan dalam mengatur tata kelola fasilitas kesehatan primer agar, sehingga dari segi aksesibilitas dan konektifitas layanan kesehatan dapat terpenuhi.
- b. Jumlah dan pola sebaran Puskesmas dan Pustu walaupun sudah terdistribusi di seluruh wilayah kecamatan di Kabupaten Belu, namun pola sebaran masih belum merata dan belum semua kecamatan memenuhi rasio ideal ketersediaan Puskesmas dan Pustu. Hal ini menunjukkan besarnya peran pemerintah daerah untuk segera dapat melakukan kajian dan pemetaan fasilitas kesehatan yang ada di daerahnya agar selanjutnya dapat digunakan sebagai dasar untuk melakukan strategi pemerataan fasilitas kesehatan, untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama dengan mempertimbangkan faktor geografi dan topografi wilayah, wilayah yang belum memiliki poliklinik swasta/balai pengobatan, apotik serta jarak tempuh dan biaya transport ke FKTL (rumah sakit) yang tergolong jauh dan mahal. Sehingga dari segi aksesibilitas dan konektifitas layanan kesehatan dasar dapat terpenuhi.
- c. Akreditasi fasilitas kesehatan adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan pusat kesehatan, oleh karena itu status akreditasi FKTP dan FKTL terutama puskesmas dan rumah sakit Kabupaten Belu masih perlu di tingkatkan karena sebagian besar masih berstatus

madya dan dasar. Oleh karena itu perlu pemerintah daerah Kabupaten Belu berkewajiban untuk meningkatkan program/kegiatan pembinaan dan pengawasan terhadap kegiatan Akreditasi, agar FKTP dan FTKL di Kabupaten Belu dapat mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan.

- d. Kualitas pelayanan FKTP khususnya Puskesmas sudah baik, semua pelaksanaan UKM dan UKP di Puskesmas di Kabupaten Belu telah memiliki SOP, jumlah kunjungan setelah adanya program kesehatan gratis meningkat signifikan, capaian program yang menjadi indikator kesehatan nasional serta isu nasional yakni angka kematian ibu, bayi dan balita serta stunting dan lainnya mengalami penurunan kasus setiap tahunnya terutama setelah pelaksanaan PKG, akan tetapi untuk tenaga kesehatan belum semua FKTP khususnya Puskesmas memenuhi standar minimal maupun standar rasio ideal tenaga kesehatan untuk beberapa jenis tenaga kesehatan. Perlu adanya kebijakan dan strategi serta kerjasama dalam upaya mempertahankan, meningkatkan dan pemerataan rasio tenaga kesehatan agar sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan.
- e. Kualitas pelayanan FKTL khususnya Rumah Sakit (RS) sudah baik, rasio ketersediaan tempat tidur (TT), angka **BOR**, **BTO**, **TOI**, **LOS**, GDR dan NDR sudah memenuhi rasio ideal, semua pelayanan dan tindakan telah memiliki SOP, jumlah kunjungan setelah adanya program kesehatan gratis meningkat signifikan, akan tetapi untuk tenaga kesehatan belum semua FTKL memenuhi standar minimal maupun standar rasio ideal tenaga kesehatan untuk beberapa jenis tenaga kesehatan. Perlu adanya peraturan, strategi dan peningkatan kerjasama dalam upaya mempertahankan dan meningkatkan rasio tenaga kesehatan agar sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan, khususnya mempertahankan rasio tenaga dokter spesialis yang sudah sangat ideal.

- f. Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Kepesertaan khusus untuk kepesertaan penerima bantuan Iuran (PBI), baik PBI APBN dan PBI APBD mengalami peningkatan. Terutama PBI APBD peningkatan kepesertaan cukup signifikan setelah penyelenggaraan PKG. Pencapaian pelaksanaan Progress Pencapaian UHC sampai dengan Oktober 2023, menunjukkan pencapaian yang sangat signifikan. Hal ini berarti masyarakat sangat antusias dalam memanfaatkan program kesehatan gratis yang dicanangkan oleh pemerintah Kabupaten Belu.
3. Kepuasan masyarakat terhadap pelayanan di puskesmas dan rumah sakit.
 - a. Aksesibilitas FKTL sudah terpenuhi selain rasio ketersediaan rumah sakit sudah ideal di Kabupaten Belu, selain itu pasien dari Puskesmas yang dirujuk dengan kondisi tertentu/gawat darurat difasilitasi pelayanan mobil ambulance selama 24 jam secara gratis oleh puskesmas setempat.
 - b. Aksesibilitas FKTP khususnya Puskesmas masih terdapat masyarakat yang kurang puas, sebab pelayanan kesehatan berbasis zonasi sesuai jarak tempat tinggal dalam Penyelenggaraan Program Kesehatan Gratis (PKG) masih belum tersosialisasi di kalangan masyarakat maupun tenaga kesehatan, sehingga pelayanan PKG selama ini masih berbasis wilayah administrasi/kecamatan di KTP, sehingga walaupun pengobatannya gratis namun sebagian masyarakat masih mengeluarkan biaya transportasi yang cukup besar ke FKTP. Oleh karena itu perlu peningkatan frekuensi dan sasaran sosialisasi secara kontinue, baik dari pihak FKTP, BPJS cabang Belu maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Belu.
 - c. Sebagian besar masyarakat penerima manfaat pada saat FGD menyatakan sangat puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan dengan adanya Program Kesehatan Gratis (PKG) baik di FKTP maupun FKTL baik dari segi kualitas pelayanan, tenaga kesehatan, pengobatan, tindakan medis, maupun fasilitas yang

ditunjang dengan adanya program PKG karena sangat membantu masyarakat, sehingga masyarakat tidak takut lagi berobat karena alasan biaya.

- d. Terdapat beberapa masyarakat penerima manfaat pada saat FGD menyatakan tidak puas dengan pelayanan PKG. Perasaan tidak puas terutama sikap tenaga kesehatan yang kurang memberikan penjelasan mengenai penyakit dan tindakan medis kepada pasien secara komperhensi, kurangnya sikap kepedulian petugas kesehatan (*empaty*) terhadap pasien, yakni petugas kesehatan dinilai kurang memperhatikan kebutuhan pasien selama menjalani rawat inap, melayani dengan memandang status sosial ekonomi pasien, sehingga masyarakat merasa diabaikan dan tidak dihargai, diperlakukan kasar secara verbal. Oleh karena itu perlu adanya tranformasi etika budaya dan empati bagi tenaga kesehatan di Kabupaten Belu.

IV.2 Rekomendasi

Rekomendasi radi hasil penelitian ini adalah:

1. Pemerintah Kabupaten Belu perlu meningkatkan status Peraturan Bupati menjadi Peraturan Daerah agar *legal standing* dan kekuatan hukumnya dapat dipertanggungjawabkan.
2. Perlu ada kajian lanjutan tentang Rasio SDM Kesehatan dan Rasio Fasilitas Kesehatan agar tercapai standar pelayanan minimum.
3. Perlu adanya tranformasi etika budaya dan empati khususnya bagi tenaga kesehatan selain tranformasi teknologi, alat kesehatan, manajemen dan tenaga kesehatan yang telahdisusun olen Dinas Kesehatan Belu.

Daftar Pustaka

1. UU No 24 Tahun 2011 Tentang BPJS
2. Putusan MK No 007/PU-III/2005
3. UU No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
4. UU No 24 Tentang BPJS.
5. Afrizal. 2016. Metode Penelitian Kualitatif: Sebuah Upaya Mendukung Penggunaan Penelitian Kualitatif Dalam Berbagai Disiplin Ilmu. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada
6. Mulyadi, Mohammad. 2016. Metode Penelitian Praktis Kualitatif & Kuantitatif. Jakarta: Publica Press
7. Sugiyono. 2015. Metode Penelitian Tindakan Komprehensif: Untuk Perbaikan Kinerja dan Pengembangan Ilmu Tindakan. Jakarta: Alfabeta
8. Milles dan Huberman, Analisis Data Kualitatif, Jakarta: Universitas Indonesia Press, 1992
9. CST Kansil. 1989. Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka.
10. Kamus Besar Bahasa Indonesia, (Jakarta: Balai Pustaka, 2002)
11. Soerjono Soekanto, *Beberapa Permasalahan Hukum dalam Kerangka Pembangunan di Indonesia*, Jakarta: Universitas Indonesia, 1976.
12. Ibid, *Hukum dan Masyarakat*, Bandung: Angkasa, 1980
13. A.A.A. Peter dan Koesriani Siswosebroto, *Hukum dan Perkembangan Hukum, Dalam Pendekatan Sosiologis Terhadap Hukum*, Adam Podgorecci dan Christoper J. Whelan, eds, Jakarta: Sinar harapan, 1988,
14. UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
15. UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
16. Konvensi Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang ditetapkan oleh Majelis Umum PBB 2200 A (XXI) tanggal 16 Desember 1966

17. Kementerian Kesehatan RI, Buku Saku FAK BPJS Kesehatan, Sekretariat Jenderal, Jakarta 2013.
18. UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
19. C,S.T. Kansil. Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka, 1989
20. BPS Kabupaten Belu Kabupaten Belu Dalam Angka Tahun 2023
21. Dinas Kesehatan Kabupaten Belu. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2023
22. Dinas Kesehatan Kabupaten Belu. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2022
23. Dinas Kesehatan Kabupaten Belu. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2021
24. BPJS Kabupaten Belu. BPJS Kabupaten Belu Tahun 2023
25. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
26. Instruksi Presiden (INPRES) RI No 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
27. Peraturan Pemerintah Kesehatan RI No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
28. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat
29. Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI No. 34 Tahun 2016 Tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia
30. Peraturan Menteri Hukum dan HAM No. 22 Tahun 2021 tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Azasi Manusia
31. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 34 Tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
32. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71 Tahun 2013, Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
33. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 9 Tahun 2014 Tentang Klinik

34. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI No.54 Tahun 2013
35. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/1368/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktek Mandiri Dokter Gigi
36. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek
37. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan
38. Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit
39. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI No.54 Tahun 2013, tentang Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025

LAMPIRAN



PEMERINTAH KABUPATEN BELU
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH
Jln. El Tari No.2 - Telp. (0389) 21209; 22430
A T A M B U A

Atambua, 29 Maret 2023

Nomor	: BP4D.050/250/III/2023	Kepada
Sifat	: Penting	Yth. Kepala Lembaga Penelitian dan
Lampiran	: -	Pengabdian pada Masyarakat
Perihal	: Permintaan Kesediaan Sebagai	(LP2M) Universitas Nusa
	Calon Pelaksana Swakelola Tipe 2	Cendana
	Pada Paket Penelitian di Bidang	di-
	Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2023	Kupang

Sehubungan dengan rencana kegiatan penelitian di bidang kesehatan yang akan dilaksanakan dengan cara swakelola tipe II, dengan ini kami meminta kesediaan Lembaga Penelitian dan Pengabdian pada Masyarakat (LP2M) Universitas Nusa Cendana sebagai calon pelaksana swakelola tipe II pada paket pengadaan tersebut.

Ruang lingkup paket pengadaan swakelola tipe II meliputi penelitian di bidang kesehatan. Adapun kegiatan penelitian di bidang kesehatan mencakup penelitian tentang kebermanfaatan program kesehatan gratis di Kabupaten Belu. Diharapkan dengan adanya penelitian ini, maka rekomendasi yang akan dihasilkan dapat menjadi bahan masukan bagi pemerintah Kabupaten Belu dalam pengambilan keputusan strategis terkait reformasi dan pengelolaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Belu. Bersama ini kami sampaikan dokumen persiapan swakelola Tipe II dimaksud (terlampir).

Memperhatikan hal tersebut dalam hal saudara bersedia untuk pelaksana swakelola agar menyampaikan surat kesediaan calon pelaksana swakelola dilampirkan dengan data personel dan peralatan.

Demikian disampaikan, atas perhatian saudara diucapkan terima kasih..


Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Penelitian dan
Pengembangan Daerah Kabupaten Belu

RINE BERE BARIA, ST
Pembina Tingkat I
NIP. 19730902 200112 1 005

Tembusan :

1. Bupati Belu (sebagai laporan);
2. Wakil Bupati Belu (untuk maklum);
3. Arsip



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS NUSA CENDANA
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT (LP2M)**

Alamat : Jln Adisucipto Penfui, POBOX 104 Kupang 85001, NTT
Website : <http://www.Undana.ac.id> E-mail: info.lp2m@undana.ac.id

Nomor : 725 / UN 15.22.1/TU/2023
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Kesediaan Pelaksana Swakelola Tipe II

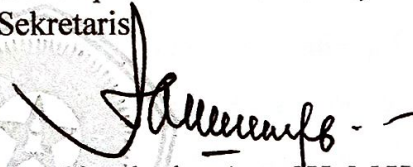
Kepada Yth,
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Penelitian dan Pengembangan
Daerah Kabupaten Belu
di
Atambua

Menunjuk perihal surat di atas dan memperhatikan surat Nomor: BP4D.050/250/III/2023 tanggal 29 Maret 2023 dengan ini disampaikan bahwa kami menyampaikan kesediaan sebagai Pelaksana Swakelola Tipe II pada paket Penelitian di Bidang Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2023.

Selanjutnya, kami akan mengikuti seluruh tahapan persiapan Swakelola Tipe II untuk paket pengadaan dimaksud dan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatian Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

Kupang, 12 Mei 2023
An. Kepala LPPM Undana,
Sekretaris


Dr. Simplexius Asa, SH, M.H
NIP. 19660607 199603 1 002

Tembusan:

1. Rektor Undana (sebagai laporan).
2. Wakil Rektor IV (untuk maklum).
3. Arsiparis.

KEBUTUHAN DATA SEKUNDER
PENELITIAN KESEHATAN GRATIS DAN TRANSFORMASI KESEHATAN DI KABUPATEN BELU

1. Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021
2. Perda APBD serta Rincian selama 3 (tiga) tahun terakhir
3. Perda KIBBLA
4. Perda Sistem Kesehatan Dasar
5. RPJMD
6. Data Akreditasi Layanan Kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) yang memberi layanan kesehatan gratis terkait SDM dan Fasilitas serta SOP pelayanan
7. Jumlah dan sebaran serta kriteria penerima Program Kesehatan Gratis selama 3 (tiga) tahun terakhir
8. Jenis layanan dan fasilitas layanan Program Kesehatan Gratis di Puskesmas (RJTP dan RITP)
9. Jenis layanan dan fasilitas layanan Program Kesehatan Gratis di RS (Rawat jalan dan Inap)
10. Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan jenis layanan peserta Program Kesehatan Gratis pada pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) selama 3 tahun terakhir
11. Jumlah kunjungan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) dan jenis layanan peserta Program Kesehatan Gratis pada pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) selama 3 tahun terakhir
12. Jumlah kunjungan rawat jalan dan jenis layanan peserta Program Kesehatan Gratis pada pelayanan rujukan tingkat II (RS Kabupaten) selama 3 tahun terakhir

13. Jumlah kunjungan rawat Inap dan jenis layanan peserta Program Kesehatan Gratis pada pelayanan rujukan tingkat II (RS Kabupaten) selama 3 tahun terakhir
14. Jumlah kunjungan rawat jalan dan jenis layanan peserta Program Kesehatan Gratis pada pelayanan rujukan tingkat III (RS Provinsi) selama 3 tahun terakhir
15. Jumlah dan sebaran TENAGA KESEHATAN yang memberikan layanan pengobatan gratis di pada pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) selama 3 tahun terakhir
16. Jumlah dan sebaran tenaga kesehatan yang memberikan layanan pengobatan gratis di pada pelayanan rujukan (RS) selama 3 tahun terakhir
17. Data Dokter yang bermitra dengan BPJS
18. Data Puskesmas yang bermitra dengan BPJS
19. Data RS yang bermitra dengan BPJS
- 20.....

PEDOMAN FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)
PENELITIAN KESEHATAN GRATIS DAN TRANSFORMASI KESEHATAN DI KABUPATEN BELU

Tempat Pelaksanaan	:	Desa, Kecamatan Kabupaten Belu/ Provinsi Nusa Tenggara Timur
Hari/ Tanggal/ Jam	: / - - 2023 / WITA
Peserta FGD Kecamatan		<p><i>Maximal 10 orang :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerima manfaat Program Kesehatan Gratis (pengguna Kartu Belu Sehat & KTP) pada pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) dan rujukan (RS) khusus pasien ibu hamil/melahirkan/nifas 2. Penerima manfaat Program Kesehatan Gratis (pengguna Kartu Belu Sehat & KTP) pada pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) dan rujukan (RS) khusus pasien bayi/balita/anak 3. Penerima manfaat Program Kesehatan Gratis (pengguna Kartu Belu Sehat & KTP) pada pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) dan rujukan (RS) pada pasien penyakit kronis/rawat inap 4. Penerima manfaat Program Kesehatan Gratis (pengguna Kartu Belu Sehat & KTP) pada pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) dan lanjutan (RS) pada pasien umum lainnya/rawat jalan 5. Kader Posyandu/Kader Kesehatan 6. Kepala Desa 7. Lurah 8. Camat 9. Tenaga Kesehatan di Puskesmas 10. Tenaga Kesehatan di RS
Peserta FGD Stakeholder		<p><i>Maximal 5 orang :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Puskesmas 2. Kepala RS 3. Kepala Dinas Kesehatan 4. Kepala BPJS 5. Bupati/Wakil Bupati/ Pejabat yang ditunjuk
Fasilitator	:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr. Simplexius Asa, SH. MH; 2. Darius Mauritsius, SH., M.Hum 3. Indriati A. Tedju Hinga, SKM., M.Sc

Pencatat/ Perekam Proses	:	<p>Enumerator 1:</p> <p>Enumerator 2:</p> <p>Enumerator 3:</p> <p>Enumerator 4:</p> <p>Enumerator 5:</p> <p>Enumerator 6:</p>
Tujuan Penelitian	:	<p>a. Mengetahui keberhasilan pelaksanaan Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 di Kab. Belu</p> <p>b. Mengetahui kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit</p> <p>c. Mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit</p>
Tujuan FGD	:	<p>Bertujuan memetakan/ mendapatkan gambaran dan data sebagai <i>review</i> terhadap:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit <ol style="list-style-type: none"> Tenaga kesehatan pemberi layanan Kartu Belu Sehat (Puskesmas dan Rumah Sakit) Fasilitas kesehatan tempat layanan kesehatan Kartu Belu Sehat (Puskesmas dan Rumah Sakit) Tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit <ol style="list-style-type: none"> Masyarakat pengguna/ penerima manfaat Kartu Belu Sehat Tenaga Kesehatan pemberi layanan Kartu Belu Sehat Fasilitas kesehatan tempat layanan kesehatan Kartu Belu Sehat (Puskesmas dan Rumah Sakit) Keberhasilan pelaksanaan Peraturan Bupati Belu Nomor 21 Tahun 2021 di Kabupaten Belu
Bentuk/ Jenis/ Tingkatan dalam Daftar Pertanyaan	:	<p>Pertanyaan bersifat terbuka, dengan empat tingkatan/ <i>level</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tingkat observasi: apa yang diketahui tentang Program Kesehatan Gratis (<i>descriptive/personal knowledge</i>); Tingkat subyektif: <ol style="list-style-type: none"> Bagaimana kepuasan dari pengguna manfaat Program Kesehatan Gratis (<i>attitude/personal perspective</i>); Bagaimana kepuasan dari pemberi layanan Program Kesehatan Gratis (<i>attitude/personal perspective</i>); Bagaimana kualitas pemberi layanan dan tempat layanan kesehatan Program Kesehatan Gratis (<i>attitude/personal perspective</i>); Tingkat penafsiran: Bagaimana implementasi Program Kesehatan Gratis (<i>personal analitical</i>); Tingkat pengambilan keputusan: Apa yang harus dilakukan agar Program Kesehatan Gratis lebih efektif (<i>prescriptive</i>);
Pertanyaan bagi masyarakat Penerima Manfaat Program Kesehatan Gratis		
		<ul style="list-style-type: none"> - Sikap para pelaksana pelayanan Kesehatan - Karakter pelaksana dalam memberi pelayanan kesehatan gratis - Pelayanan kesehatan yang sesuai prosedur/ SOP layanan kesehatan dari petugas

Pengguna Kartu Belu Sehat/ KTP dan KK masyarakat Kab. Belu	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian Obat-obatan dan Alkes yang sesuai standar - Mendapatkan fasilitas pelayanan kesejatan gratis yang memadai di sarana kesehatan - Waktu tunggu pelayanan yang sesuai standar - Jangka waktu rawat inap yang sesuai standar - Biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan pada Program Kesehatan Gratis - Biaya tambahan yang dikeluarkan pada program Kesehatan gratis - Jarak sarana Kesehatan - Hambatan/kendala selama menggunakan layanan Program Kesehatan Gratis - Program Kesehatan Gratis membantu dan meringankan beban masyarakat dalam pembiayaan kesehatan - Harapan dan solusi perbaikan manajemen Program Kesehatan Gratis -
Pertayaan bagi Tenaga Kesehatan Pemberi Manfaat Kartu Belu Sehat	
Tenaga Kesehatan di Puskesmas dan RS	Dukungan dari kelompok pelaksana <ul style="list-style-type: none"> - Sikap para pelaksana pelayanan Kesehatan - Karakter pelaksana dalam memberi pelayanan kesehatan gratis - Ketersediaan SDM (jumlah, pelatihan dll) - Penerapan persyarakat/ prosedur/SOP dalam pemberian layanan kesehatan - Pemanfaat fasilitas kesehatan pada layanan kesehatan gratis - Upaya komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) Program Kesehatan Gratis - Jaminan Insentif/ jasa pemberi layanan - Hambatan/kendala implementasi Program Kesehatan Gratis selama 3 tahun terakhir - Harapan dan solusi perbaikan manajemen Program Kesehatan Gratis -
Pertayaan bagi Tokoh Masyarakat dan Stakeholfer	
Kader Posyandu/Kader Kesehatan, Kepala Desa, Lurah dan Camat	Dukungan dari kelompok masyarakat (Toda, Toga dan Tomas) <ul style="list-style-type: none"> - Upaya komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) Program Kesehatan Gratis - Upaya pendampingan masyarakat pengguna Program Kesehatan Gratis - Hambatan/kendala implementasi Program Kesehatan Gratis selama 3 tahun terakhir - Harapan dan solusi perbaikan manajemen Program Kesehatan Gratis -
Kepala Puskesmas, Kepala RS, Kepala Dinas Kesehatan Dan Kepala BPJS	Komitmen para pelaksana Program Kesehatan Gratis (<i>Implementer</i>) <ul style="list-style-type: none"> - Sikap dan komitmen para pelaksana program kesehatan gratis - Fungsi dan Tupoksi dalam Program kesehatan Gratis - Ketersediaan SDM (jumlah, pelatihan dll) - Ketersediaan daya finansial dan upaya pengawasan

	<ul style="list-style-type: none"> - Ketersediaan sarana dan prasarana layanan kesehatan - Upaya pembenahan kualitas layanan - Upaya komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) Program Kesehatan Gratis - Meningkatkan cakupan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan Kesehatan di tingkat pelayanan kesehatan dasar dan rujukan - Pelaksanaan mekanisme pendataan pengguna Program Kesehatan Gratis - Pelaksanaan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan Program Kesehatan Gratis - Implementasi kolaborasi, komunikasi dan integrasi antar lembaga/sector yang terlibat dalam pelaksanaan Program Kesehatan Gratis - Penerapan teknologi informasi integrasi data pelaksanaan Program Kesehatan Gratis - Hambatan/kendala implementasi Program Kesehatan Gratis selama 3 tahun terakhir - Harapan dan solusi perbaikan manajemen Program Kesehatan Gratis -
Bupati	<p>Komitmen pemerintah dalam implementasi Program Kesehatan Gratis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sikap dan komitmen para penentuan kebijakan - Kebijakan SDM tenaga kesehatan - Kebijakan anggaran - Kebijakan fasilitas layanan kesehatan - Kebijakan kualitas layanan kesehatan - Meningkatkan pemerataan layanan kesehatan bagi masyarakat - Kebijakan dalam mekanisme pendataan pengguna Program Kesehatan Gratis - Kebijakan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan Program Kesehatan Gratis - Kebijakan dalam kolaborasi, komunikasi dan integrasi antar lembaga/sector yang terlibat dalam pelaksanaan Program Kesehatan Gratis - Kebijakan dalam pemanfaatan teknologi informasi pelaksanaan Program Kesehatan Gratis - Hambatan/kendala implementasi Program Kesehatan Gratis selama 3 tahun terakhir -

Kupang, 10 Juli 2023

Dikembangkan oleh Tim



FGD PEMANGKU KEBIJAKAN

PENGOBATAN GRATIS

MENGETAHUI KEBERHASILAN PELAKSANAAN PERATURAN BUPATI BELU NOMOR 21 TAHUN 2021 DI KAB BELU


1. Apakah Bapak/Ibu mengetahui Peraturan Bupati No. 21 Tahun 2021... ?
2. Mengatur tentang apa saja... Perbup No.21 Thn 2021 tersebut... ?
3. Apakah Bapak/Ibu mengetahui siapa sajakah yang menjadi peserta jaminan Kesehatan daerah... ?
4. Apakah Bapak/Ibu mengetahui Apa saja...kriteria penerima Jaminan Kesehatan Daerah... ?

5. Apakah Bapak/Ibu mengetahui Keputusan Bupati tentang jumlah peserta jaminan kesehatan daerah pada 3 tahun terakhir...?

6. Apakah Bapak/Ibu mengetahui Pemda sudah bekerjasama dengan BPJS dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah ... ?

7. Apakah ada Nota kesepakatan dan Perjanjian Kerjasama ...?

8. Apakah Bapak/Ibu mengetahui Faskes pemberi layanan yang bekerjasama dengan BPJS selain Faskes milik pemerintah...?



9. Apakah Bapak/Ibu mengetahui Jenis pelayanan kesehatan bagi peserta jaminan Kesehatan daerah... ?

10. Apakah menurut Bapak/Ibu Jaminan Kesehatan Daerah sudah menggunakan Sistem Informasi Data yang Terintegrasi ... ?

11. Apakah Dinas Kesehatan bersama Kepala BPJS kesehatan cabang Belu melakukan Evaluasi dan Rekonsiliasi kepesertaan program kartu jaminan kesehatan nasional... ?

12. Berapakali dalam setahun dilakukan Evaluasi & Rekonsiliasi... ?




13. Apakah Bapak/Ibu mengetahui berapa Anggaran Biaya penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dibebankan pada APBD pada 3 tahun terakhir...?

14. Apakah Bapak/Ibu mengetahui adanya Selisih Pembayaran Premi dari Pemda kepada BPJS pada 3 tahun terakhir...?

15. Apakah Bapak/Ibu mengetahui mengenai Kompensasi Pembayaran Premi sesuai hasil rekonsiliasi oleh Dinas Kesehatan dan BPJS pada 3 tahun terakhir...?

16. Apakah Bapak/Ibu mengetahui keterlibatan Instansi Lain selain Dinas Kesehatan dalam Monitoring & Evaluasi jaminan Kesehatan daerah pada 3 tahun terakhir...?

- 
- The slide features a green background with decorative circuit-like lines in a lighter shade of green. These lines are composed of small circles connected by straight segments, resembling a stylized electronic circuit. They are positioned along the left and right edges of the slide, framing the central text area.
- 17. Apakah Bapak/Ibu mengetahui berapa kali dalam setahun pelaksanaan Monitoring & Evaluasi Jaminan Kesehatan Daerah di Faskes...?**
 - 18. Apakah Bapak/Ibu mengetahui kemana hasil Monitoring dan Evaluasi tersebut dilaporkan... ?**
 - 19. Menurut Bapak/Ibu apa saja... kendala dalam Implementasi Jaminan Kesehatan Daerah Kab. Belu...?**
 - 20. Menurut Bapak/Ibu terobosan atau solusi apa yang perlu dilakukan dalam Implementasi Jaminan Kesehatan Daerah ...?**

TERIMA KASIH ATAS PARTISIPASI BAPAK/IBU
TUHAN MEMBERKATI



FGD PELAKSANA KEGIATAN

PENGOBATAN GRATIS

MENGETAHUI KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS (PKM) & RUMAH SAKIT (RS)

- 1. MENURUT BAPAK/ IBU BAGAIMANA PENGELOLAAN DANA KAPITASI DI PKM & RS...?**
- 2. MENURUT BAPAK/IBU BAGAIMANA PEMANFAAT DANA KAPITASI PKM DAN RS ... ?**
- 3. APAKAH BAPAK/ IBU PERNAH MENDAPATKAN SOSIALISASI MENGENAI PENGELOLAAN DANA KAPITASI**
- 4. MENURUT BAPAK/IBU BAGAIMANA METODE PENGELOLAAN DANA KAPITASI SELAMA INI SUDAH SESUAI... ?**

5. APAKAH BAPAK/ IBU MENGETAHUI JENIS-JENIS PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA JAMINAN KESEHATAN DAERAH... ?

6. MENURUT BAPAK/IBU APAKAH JAMINAN KESEHATAN DAERAH SUDAH MENGGUNAKAN SISTEM INFORMASI DATA YANG TERINTEGRASI ... ?

7. APAKAH DINAS KESEHATAN BERSAMA KEPALA BPJS KESEHATAN CABANG BELU MELAKUKAN EVALUASI DAN REKONSILIASI KEPESERTAAN PROGRAM KARTU JAMINAN KESEHATAN NASIONAL... ?

8. BERAPA KALI DALAM SETAHUN DILAKUKAN EVALUASI & REKONSILIASI... ?

- 9. APAKAH BAPAK/IBU MENGETAHUI BERAPA ANGGARAN BIAYA PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN YANG DIBEBANKAN PADA APBD PADA 3 TAHUN TERAKHIR...?**
- 10. APAKAH BAPAK/IBU MENGETAHUI BERAPA KALI DALAM SETAHUN PELAKSANAAN MONITORING & EVALUASI JAMINAN KESEHATAN DAERAH DI FASKES...?**
- 11. APAKAH BAPAK/IBU MENGETAHUI KEMANA HASIL MONITORING DAN EVALUASI TERSEBUT DILAPORKAN... ?**
- 12. BAGAIMANA KERJASAMA DENGAN INSTANSI LAIN SELAIN DINAS KESEHATAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN GRATIS ...?**


21. MENURUT BAPAK/IBU APAKAH SARANA PRASARANA (KESEHATAN DI PUSKEMAS & RS SUDAH MEMENUHI STANDAR...?

22. MENURUT BAPAK/IBU APAKAH FASILITAS PUSKESMAS DAN RS SUDAH MEMENUHI STANDAR...?

23. MENURUT BAPAK/ IBU APAKAH NAKES DI PUSKESMAS DAN RS SUDAH MEMENUHI STANDAR ...?

24. MENURUT BAPAK/ IBU APAKAH KEBUTUHAN OBAT-OBATAN DI PUSKEMAS DAN RS SUDAH MEMENUHI STANDAR ...?

25. MENURUT BAPAK/ IBU APAKAH KEBUTUHAN ALKES DI PUSKESMAS DAN RS SUDAH MEMENUHI STANDAR ...?



**TERIMAKASIH ATAS
PARTISIPASI BAPAK & IBU
TUHAN MEMBERKATI**



FGD PENERIMA MANFAAT PENGOBATAN GRATIS

**MENGETAHUI TINGKAT KEPUASAN MASYARAKAT TERHADAP
PELAYANAN DI PUSKESMAS, RUMAH SAKIT & KLINIK**

A. KEPUASAN Terhadap AKSES Layanan Kesehatan Gratis

- Menurut Bapak/Ibu apakah layanan kesehatan gratis tersedia pada **WAKTU** dan **SAAT** dibutuhkan ..?
- Menurut Bapak/Ibu layanan kesehatan gratis, pada keadaan **BIASA** ataupun keadaan **GAWAT DARURAT** mudah diperoleh... ?
- Apakah Bapak/Ibu mengerti bagaimana **PROSES** system layanan kesehatan gratis tersebut tersedia bagi masyarakat...?
- Menurut Bapak/Ibu apakah **KEUNTUNGAN** layanan kesehatan gratis ...?



B. Kepuasan Terhadap MUTU Layanan Kesehatan Gratis



- Menurut Bapak/Ibu bagaimana KOMPETENSI teknik DOKTER dalam memberikan layanan kesehatan pada pasien berdasarkan pengalaman Bapak/Ibu...?
- Menurut Bapak/Ibu bagaimana KOMPETENSI teknik PERAWAT/ BIDAN & tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan perawatan kesehatan pada pasien ...?
- Menurut Bapak/Ibu bagaimana PERUBAHAN yang dirasakan sebagai pasien setelah mendapatkan layanan kesehatan ...?



C. Kepuasan Terhadap PROSES Terhadap Layanan Kesehatan Gratis

- Menurut Bapak/Ibu bagaimana KETERSEDIAAN LAYANAN (Nakes, Peralatan, Obat, dll) pada puskesmas, klinik dan rumah sakit...?
- Menurut Bapak/Ibu bagaimana PERHATIAN & KEPEDULIAN dokter, perawat/bidan dan nakes lainnya dalam di memberikan layanan kesehatan...?
- Apakah Bapak/Ibu PERCAYA/YAKIN terhadap dokter, perawat/ bidan dan Nakes lainnya dalam melakukan perawatan/tindakan medis saat memberikan layanan kesehatan
- Apakah Bapak/Ibu diberikan PENJELASAN secara detail mengenai kondisi atau diagnosis penyakit serta tindakan medik atau perawatan saat dipelayanan kesehatan
- Apakah Bapak/Ibu PAHAM/MENGERTI tentang kondisi/diagnosis penyakit, tindakan medik, perawatan, nasihat yang diberikan dokter, perawat/bidan & Nakes lainnya serta rencana pengorbanan di pelayanan kesehatan.

C. Kepuasan Terhadap System Layanan Kesehatan Gratis

- Menurut Bapak/Ibu bagaimana FASILITAS FISIK dan LINGKUNGAN layanan kesehatan
- Menurut Bapak/Ibu bagaimana pelaksanaan SISTEM PERJANJIAN dengan Dokter/ Rencana Tindakan Medis, Termasuk Menunggu Giliran, Waktu Tunggu, Pemanfaatan, Waktu Selama Menunggu, Sikap Mau Menolong/Kepedulian Personel, mekanisme pemecahan masalah & keluhan yg timbul...?
- Menurut Bapak/Ibu bagaimana LINGKUP/CAKUPAN layanan kesehatan yang ditawarkan...?

- 
- 
- Apakah Bapak/Ibu apakah pernah mengalami pembatalan saat melakukan Perjanjian dengan dokter/tindakan medis yang batal ..?
 - Menurut Bapak/Ibu bagaimana ketersediaan obat dari resep obat yang diberikan....?
 - Apakah Bapak/Ibu pernah mempunyai pengalaman mengganti dokter yang menangani, mengganti tipe kamar (apakah dimungkinkan oleh sistem) ...?.

- 
- 
- **Apakah Bapak/Ibu pernah diberikan penjelasan mengenai pengisian survei layanan Kesehatan gratis ..?**
 - **Apakah Bapak/Ibu pernah mengisi survei layanan Kesehatan gratis...?**
 - **Apakah Bapak/ Ibu pernah mempunyai keluhan dalam layanan kesehatan gratis? dan bagaimana proses tindaklanjut keluhan tersebut ...?**
 - **Menurut Bapak/Ibu apakah solusi untuk perbaikan layanan pengobatan gratis...?**

**Jadwal Seminar Awal dan Kegiatan FGD Penelitian Pengobatan Gratis dan Transformasi Kesehatan
Kabupaten Belu Tahun 2023**

Hari/Tanggal/ Jam	Kegiatan	Lokasi	Undangan	Keterangan
Jumat, 13 Oktober 2023				
09.00-12.20 WITA	Seminar Awal dan FGD Pemangku Kebijakan (Penelitian Bidang Kesehatan: Pengobatan Gratis dan Transformasi Kesehatan)	Kota Atambua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bupati & Wakil Bupati Kab. Belu 2. Sekretaris Daerah Kab. Belu 3. Kepala Bapeda Kab Belu 4. Kabid BP4D Kab. Belu 5. Kadis Pemberdayaan Masyarakat 6. Kadis Sosial 7. Kadis Kependudukan 8. Kepala BPJS 9. Kepala BKKBN 10. Dinas Kesehatan. Terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> - Kadis - Kabid SDK - Kabid Pelayanan Kesehatan - Sub bidang/seksi Perencanaan dan pelaporan) (2 orang) - Kabid Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (P2P) - Kabid Kesehatan Masyarakat (Total 7 peserta) 11. Tim peneliti Undana (3 orang) 	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah peserta; ± 20 peserta - Narasumber, Moderator dan Fasilitator Tim Peneliti Undana - Teknis pelaksana oleh Panitia lokal (Mc dll)
14.00-16.00 WITA	FGD Pelaksana Kegiatan (Penelitian Bidang Kesehatan: Pengobatan Gratis dan Transformasi Kesehatan)	Kota Atambua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Staf BPJS yang membidangin klaim pengobatan gratis dan BPJS 2. Kepala RS Umum Pemerintah dan perwakilan 1 Tenaga medis dan 1 Petugas PIC RS (Total 3 peserta) 	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah; ± 30 peserta - Narasumber, Moderator, Fasilitator Tim Peneliti - Teknis pelaksana oleh

			3. Kepala RS TNI dan perwakilan 1 tenaga medis dan 1 petugas PIC RS (Total 3 peserta) 4. Kepala RS Swasta (1 perwakilan kepala RS swasta dan perwakilan 1 tenaga medis dan 1 petugas PIC swasta tersebut) (Total 3 peserta) 5. Kepala Klinik Swasta (1 perwakilan kepala klinik swasta dan perwakilan 1 tenaga medis serta 1 petugas PIC klinik swasta tersebut) (Total 3 Peserta) 6. Kepala Puskesmas yang ada di Kab. Belu (Perwakilan 7 kepala puskesmas dan perwakilan 1 tenaga medis atau petugas PIC dari masing-masing puskesmas tersebut, (Total 14 peserta) (Penentuan Puskesmas adalah 3 Puskesmas dalam kota dan 4 puskesmas luar kota, yang ditentukan oleh panitia lokal) 7. Tim peneliti Undana (3 orang)	Panitia lokal (Mc dll)
Sabtu, 14 Oktober 2023				
09.00 – 12.00 WITA	FGD Penerima Manfaat (Penelitian Bidang Kesehatan: Pengobatan Gratis dan Transformasi Kesehatan)	Puskesmas/ Kantor Kecamatan/ Kelurahan yang memiliki sarana dan prasarana kesehatan yang “sudah	1. Camat 2. Lurah 3. Kepala Desa 4. Tokoh masyarakat 5. Kader Kesehatan 6. Masyarakat Penerima manfaat: - Ibu hamil/ ibu melahirkan pengguna kartu pengobatan gratis (2 orang)	- Jumlah; ± 15 peserta - Narasumber, Moderator, Fasilitator Tim Peneliti - Teknis pelaksana oleh Panitia lokal (Mc dll)

		memadai” (lokasi ditentukan oleh panitia lokal)	<ul style="list-style-type: none"> - orang tua dari bayi atau balita pengguna pengguna kartu pengobatan gratis (2 orang) - Masyarakat umum pengguna kartu pengobatan gratis (2 orang) <p>7. Tim peneliti Undana (3 orang)</p>	
14.00 – 16.00 WITA	FGD Penerima Manfaat (Penelitian Bidang Kesehatan: Pengobatan Gratis dan Transformasi Kesehatan)	Puskesmas/ Kantor Kecamatan/ Kelurahan yang memiliki sarana dan prasarana kesehatan “belum memadai” (lokasi ditentukan oleh panitia lokal)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Camat 2. Lurah 3. Kepala Desa 4. Tokoh masyarakat 5. Kader Kesehatan Kesehatan (2 orang) 6. Masyarakat Penerima manfaat: <ul style="list-style-type: none"> - Ibu hamil/ ibu melahirkan pengguna kartu pengobatan gratis (2 orang) - orang tua dari bayi atau balita pengguna pengguna kartu pengobatan gratis (2 orang) - Masyarakat umum pengguna kartu pengobatan gratis (2 orang) 7. Tim peneliti Undana (3 orang) 	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah; ± 15 peserta - Narasumber, Moderator, Fasilitator Tim Peneliti - Teknis pelaksana oleh Panitia lokal (Mc dll)

DOKUMENTASI PENELITIAN
SEMINAR AWAL DAN FGD PEMANGKU KEBIJAKAN





FGD PADA PELAKSANA PELAYANAN KESEHATAN GRATIS





FGD PADA PENERIMA MANFAAT









SEMINAR HASIL PENELITIAN







CURRICULUM VITAE

Data Pribadi:

Nama : Simplexius Asa
Tempat : Kotafoun, Kabupaten Belu (Sekarang Kabupaten Malaka)
Tanggal Lahir : 7 Juni 1966
Perdidikan : SDK Kotafoun: 1972-1979
SMP Katholik Donbosco Atambua: 1979-1982
SMA Katholik Suria Atambua: 1982-1985
S1: Fakultas Hukum Universitas Nusa Cendana Kupang: 1985-1990
S2: Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Indonesia Jakarta: 2009-2011
S3: Pascasarjana Fakultas Hukum Universitas Indonesia Jakarta: 2012-2018
Pekerjaan : PNS/Dosen Fakultas Hukum Universitas Nusa Cendana: 1997-Sekarang
Alamat : Jalan Sam Ratulangi II/Nomor 9 Kota Baru, Kupang (85111)
Telepon : Mobile: 0811382487
Email : asasimplexius@yahoo.com

Pengalaman Mengajar & Mengasuh Mata Kuliah:

Sejak diangkat sebagai dosen Fakultas Hukum Undana, ditempatkan di bawah koordinasi peminatan **Hukum Acara** dan ditugaskan untuk mengampu mata kuliah pada Program S1 Fakultas Hukum:

1. Hukum Acara Pidana (1998 sampai sekarang)
2. Hukum Acara Perdata (1998 sampai sekarang)
3. Hukum Pembuktian (1988 sampai sekarang)
4. Advokasi dan Praktek Beracara (2000 sampai sekarang)
5. Studi kasus dan Analisis Hukum (2000 sampai sekarang)
6. Hukum Acara Peradilan Agama (2005 sampai sekarang)
7. Hukum Acara Peradilan Militer (2005 sampai sekarang)
8. Hukum Acara Peradilan Khusus -Tipikor dan Peradilan Anak (2012 sampai sekarang)
9. Hukum Acara Mahkamah Konstitusi (2007 sampai sekarang)
10. Filsafat Hukum (2011 sampai sekarang)
11. Hukum Pengelolaan Keuangan Negara (20011 sampai sekarang)

Mengampu mata kuliah pada Program S2 Fakultas pada Pascasarjana Universitas Nusa Cendana:

1. Hukum dan Terorisme (2018 sampai sekarang)
2. Perbandingan Hukum Pidana (2018 sampai sekarang)
3. Hukum Pidana Internasional (2018 sampai sekarang)
4. Hukum, HAM dan Gender (2018 sampai sekarang)

Pengalaman Melaksanakan Penelitian:

1. Anggota Tim dalam penelitian berjudul **Proses Penyelesaian Sengketa Tanah Lingko dan Munculnya Kekerasan Kolektif di Kabupaten Manggarai-NTT**, 1997.
2. Sebagai Ketua Tim dalam penelitian berjudul **Identifikasi Faktor – Faktor Yuridis Dalam Penyelesaian Sengketa Tata Usaha Negara di PTUN Kupang**, 1998.
3. Sebagai Ketua Tim dalam penelitian berjudul **Pemahaman Masyarakat Terhadap Syarat Yuridis Dalam Penyelesaian Sengketa TUN di PTUN Kupang**, 1999.

4. Sebagai Ketua Tim dalam penelitian berjudul **Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Efektifitas Penegakan Hukum Terhadap Pelanggaran Lalulintas Oleh Pengemudi Angkutan Umum di Kota Kupang**, 2001.
5. Sebagai Ketua Tim dalam penelitian berjudul **Studi Kasus Hukum terhadap Putusan Mahkamah Konstitusi Dalam Sengketa Pemilihan Kepala Daerah di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2008**, 2009.
6. Sebagai Ketua Tim dalam penelitian berjudul **Efektivitas Penerapan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan HIV & AIDS**, April 2009.
7. Menulis Tesis S2 di Universitas Indonesia berjudul **Suatu Tinjauan Hukum Pidana Terhadap Kriminalisasi Perilaku Beresiko Dalam Peraturan Daerah Tentang Penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia**, 2011.
8. Sebagai Anggota Tim dalam penelitian berjudul ***HIV and The Law in Indonesia: A Normative Legal Study***, Kerjasama dengan UNAIDS and UNDP, 2013.
9. Sebagai Anggota Tim dalam penelitian berjudul **Integrasi Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan Nasional**, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan - Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada, 2014.
10. Anggota Tim Penyusunan **Dokumen Analisis Dampak Lingkungan Hidup** (Amdal) Rencana Pembangunan Tambak Dan Pabrik Garam Di Kabupaten Kupang Provinsi NTT, 2019.
11. Anggota Tim Penyusunan **Dokumen Analisis Dampak Lingkungan Hidup** (Amdal) Rencana Pembangunan Gedung Kampus Universitas Timor di Kabupaten Timor Tengah Utara Kupang Provinsi NTT, 2019.
12. Anggota Tim **UKL-UPL Pembangunan Rumah Sakit Umum Pemerintah Daerah** Kabupaten Rote Ndao, Provinsi NTT, 2019.
13. Anggota Tim Penyusunan **UKL-UPL Rencana Pembangunan Pembangkit Listrik Tenaga Surya** (PLTS) di Kabupaten Sumba Timur, Kabupaten Rote Ndao dan Kabupaten Timor Tengah Selatan Provinsi NTT, 2019.
14. Sebagai Anggota Tim dalam penelitian berjudul **Penyusunan Data dan Informasi Tentang Manfaat Dana Desa Tahun 2018** di Provinsi NTT oleh Tim LP2M Undana, bekerjasama dengan Badan Penelitian dan Pengembangan, Pendidikan dan Pelatihan pada KEMENDES RI 2018.
15. Sebagai Ketua Tim Penelitian berjudul **Studi Perbandingan Terhadap Putusan Mahkamah Konstitusi Dalam Sengketa Pemilihan Kepala Daerah Di Provinsi NTT - Tahun 2008 dan Tahun 2018**, LP2M - Undana, 2019.
16. Sebagai Anggota Tim Penyusunan **Dokumen Analisis Dampak Lingkungan Hidup** (Amdal) Rencana Penambangan Batu Gamping di Desa Satar Punda, Kecamatan Lambaleda, Kabupaten Manggarai Timur, NTT, 2020.
17. Sebagai Ketua Tim Penelitian berjudul **Studi Terhadap Penjatuhan Pidana Tambahan Berupa Kewajiban Mengikuti Konseling Dalam Tindak Pidana Kekerasan Dalam Rumah Tangga**, LP2M - Undana, 2020.
18. Sebagai Anggota Tim Penelitian berjudul **Eksistensi Tanah Adat di Provinsi NTT, Studi di Kabupaten Manggarai Barat, Sumba Barat dan Sumba Barat Daya**, LP2M - Undana, 2021.
19. Sebagai Ketua Tim Penelitian berjudul **Studi Kasus Penetapan Penasihat Hukum Yang Mengajukan Permohonan Praperadilan Terhadap Penetapan Drs. Agustinus Ch. Dula Sebagai Tersangka di Pengadilan Tindak Pidana Korupsi di Pengadilan Negeri Kupang**, LP2M Undana, 2021.
20. Sebagai Anggota Tim Penelitian berjudul: **Eksistensi Tanah Ulayat di Kabupaten Manggarai Barat, Kabupaten Sumba Barat dan Kabupaten Sumba Barat Daya**, Tim LP2M Undana, 2021.

21. Sebagai Anggota Tim Penyusun **Dokumen Potensi Investasi Kabupaten Sumba Barat**, LP2M Undana, 2021.
22. Sebagai Anggota Tim Penyusun **Dokumen Rencana Umum Penanaman Modal Kabupaten Sumba Barat**, LP2M Undana, 2021.
23. Sebagai Anggota Tim Penyusun **Dokumen Peta Potensi Kabupaten Sumba Barat**, LP2M Undana, 2021.
24. Sebagai Anggota Tim Penyusun **Grand Design Pengembangan Aparatur Sipil Negara Provinsi Nusa Tenggara Timur 2022-2004**, Kerjasama dengan Badan Kepegawaian Negara Prov. NTT, Kupang, 2021.
25. Sebagai Anggota Tim Penyusun **Dokumen Promosi Penanaman Modal Kabupaten Sumba Barat**, Undana, 2022.
26. Sebagai Narasumber Bidang/Aspek Sosial Budaya dengan topik **Pelibatan Masyarakat Dalam Studi AMDAL dan ESIA** dalam Pelatihan Dasar-Dasar AMDAL yang diselenggarakan oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat, Universitas Nusa Cendana, September Tahun 2022.
27. Sebagai Ketua Tim Penelitian berjudul **Studi Terhadap Tuntutan Hak Atas Keterangan Ahli Yang Diberikan Dalam Proses Peradilan**, LP2M Undana, 2022.
28. Sebagai Ketua Tim Penelitian berjudul **Menelaah Penerapan Asas *Ignorantia Facti Excusat, Ignorantia Iuris Non Excusat* Dalam Perkara Korupsi Nizzadro Fabio (Putusan Nomor 20/Pid.Sus-TPK/2022/PN. Kpg)**. LP2M Undana, 2022.

Menulis Artikel di Jurnal/Buku:

1. Menulis artikel berjudul: ***Narkoba, IDU, AIDS dan Harm Reduction, Sebuah Studi Kasus Hukum***, termuat dalam jurnal hukum YURISPRUDENSIA, Volume 2 Nomor I, Bulan Mei –Agustus Tahun 2002.
2. Menulis artikel berjudul ***Rencana Amandemen Undangg-undang Narkotika***, termuat dalam Jurnal Hukum YURISPRUDENSIA, Volume 6 Nomor I, Bulan Januari Tahun 2007.
3. Menulis artikel berjudul ***Pembentukan Peraturan Daerah Penanggulangan HIV dan AIDS***, termuat dalam jurnal Hukum YURISPRUDENSIA, Volume 8 Nomor I, Bulan Januari Tahun 2009, ISSN: 1412-5390;
4. Menulis artikel *bilingual* (Edisi Bahasa Indonesia) berjudul ***HAM dan Hukum Dalam AIDS*** / (English Version) entitled ***Human Rights Related to AIDS***, termuat dalam Majalah BaKTI News Volume IV Edisi 45, April Tahun 2009, ISSN: 1979-777X
5. Menulis Buku berjudul: ***Kriminalisasi Dalam Peraturan Daerah – Studi Terhadap PERDA Penanggulangan HIV & AIDS***, Yogyakarta: Penerbit LintangBooks, Januari 2015, ISBN 978-602-18352-4-1, – HAKI/Surat Pencatatan Ciptaan Nomor 00015695- Tanggal 2 Januari 2015.
6. Sebagai Author (Penulis Utama) bersama-sama dengan Dr. Surastini Fitriasih (Co-Author/Co-Promotor) menulis artikel berjudul ***Abuse of substances, restorative justice and diversion***, termuat dalam buku *Law and Justice in a Globalized World*, Editors: Harkristuti Harkrisnowo, Hikmahanto Juana & Yu Un Oppusunggu, Proceedings of the Asia-Pacific Research in Social Sciences and Humanities – Topic in Law and Justice, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia, November 7-9, 2016, ISBN: 978 – 1 –138 – 62667 – 6, Roudledge, Taylor & Francis Group, London, UK, 2018.
7. Sebagai Author (Penulis Utama) bersama-sama dengan Dr. Surastini Fitriasih (Co-Author/Co-Promotor) menulis artikel berjudul ***Broadening Magistrate Roles in Drug Abuse Offence***, termuat dalam Paper Proceedings-Scholar Summit 2017- On Shaping the Better World” tanggal 10-11 Oktober 2017, Universitas Indonesia, ISBN 978 – 979 – 8972 – 87 – 4.

8. Sebagai Author dalam menulis Artikel berjudul *The Study on Additional Criminal Imposition Through Counseling Compliance in Domestic Violence Crime*, yang dimuat dalam JOURNAL OF LAW & LEGAL REFORM VOLUME 2(4) 2021 553 Journal of Law and Legal Reform (2021), 2(4), pp. 553-568 DOI: <https://doi.org/10.15294/jllr.v2i4.48113>, ISSN (Print) 2715-0941, ISSN (Online) 2715-0968, Sertifikat HAKI-Surat Pencatatan Ciptaan Nomor 000324893-Tanggal 11 Juli 2021.
9. Sebagai Author (Penulis) dalam menulis artikel berjudul *Study of the Verdict of Constitutional Court on Regional Leaders Elections Dispute in the Province of East Nusa Tenggara in 2018*, ISSN (Print): 2715-0941 ISSN (Online): 2715-0968, Volume 3, Issue 4, October 2022, <https://doi.org/10.15294/jllr.v3i4.59712>, Sertifikat HAKI-Surat Pencatatan Ciptaan Nomor 000413552-Tanggal 1 Desember 2022.
10. Sebagai Authors (Penulis Keempat) dalam penulisan artikel berjudul **Analisis Faktor Risiko Kematian Bayi Di Kecamatan Kupang Barat Kabupaten Kupang**, Media Kesehatan Masyarakat Vol 4, No 1, 2022, Hal. 18 – 26, ISSN 2722 – 0265, <https://doi.org/10.35508/mkm> <https://ejurnal.undana.ac.id/MKM>.
11. Sebagai Authors (Penulis Kedua) dalam penulisan artikel berjudul **Faktor Ibu Dan Anak Pada Kejadian Stunting di Puskesmas Batakte**, Jurnal Kesehatan-Politeknik Negeri Jember, <https://jurkes.polije.ac.id> Vol. 10 No. 3 Desember 2022 Hal 181-186P-ISSN: 2354-5852 | E-ISSN 2579-5783, <https://doi.org/10.25047/j-kes.v10i3.359>.
12. Menulis Buku berjudul *Restorative Justice & Diversion for Victimless Crime (Studi Perbandingan Penyalahgunaan Narkotika: Indonesia, Australia, Portugal)*, ISBN 978-623-5578-49-1, Penerbit Media Dipantara-Semarang, Oktober 2022, Sertifikat HAKI-Surat Pencatatan Ciptaan Nomor 00039884 – Tanggal 3 November 2022, <https://isbn.perpusnas.go.id/Account/SearchBuku?searchTxt=978-623-5578-49-1&searchCat=ISBN>
13. Sebagai Author (Penulis) dalam menulis artikel berjudul *Examining the Principle of Ignorantia Facti Excusat, Ignorantia Iuris Non Excusat In the Corruption Case Nizzadro Fabio* Jurnal Indonesia Law Review: Vol. 13: No. 1, Article 9. Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/ilrev/vol13/iss1/9>

Menulis Artikel di Surat Kabar/Majalah:

1. *Menyimak Makna Azas Praduga Tak Bersalah*, dimuat dalam kolom opini Harian Pos Kupang tanggal 26-10-2000.
2. *Memeriksa Tersangka Sebagai Saksi Adalah Melanggar HAM*, dimuat dalam kolom opini Harian Radar Timor 20-12-2000.
3. *Narkoba*, dimuat dalam kolom opini Harian Radar Timor 13 – 01 2001.
4. *Mengupayahukumkan Putusan Bebas di Pengadilan Negeri*, dimuat dalam kolom opini Harian Pos Kupang 28-2-2001.
5. *Menghitung Keuntungan Yuridis Dibalik Tereksekusinya Dua Terpidana Mati*, dimuat dalam kolom opini Harian Pos Kupang 25 Mei 2001
6. *Dukungan Hukum & HAM dalam Penanggulangan HIV*, dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, hari Selasa, tanggal 9 Juni 2009;
7. *Membaca Laporan Kinerja Keuangan Bank NTT*, dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, hari Selasa, 21 Februari 2012;
8. *Mempersandingkan BPK dan BPKP* dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, tanggal 16 Maret 2012 ;
9. *Masih tentang BPK dan BPKP*, dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, tanggal 20 Maret 2012;

10. ***Menyoal Bantuan Hukum Probono ((Suatu Kajian Kritis Terhadap UU Nomor 16 Tahun 2011 Tentang Bantuan Hukum,)*** dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, hari Rabu, tanggal 21 Maret 2012 ;
11. ***Menakar Kinerja Kerja Bank,*** dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, hari Senin, tanggal 16 April 2012
12. ***Pengawasan Terhadap Bank oleh Regulator,*** dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, hari Jumad, tanggal 15 Juni 2012;
13. ***Crime to the Bank,*** dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, hari Kamis tanggal 5 Juli 2012;
14. ***Masih Tentang Crime to the Bank,*** dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, hari Kamis, tanggal 09 Agustus 2012;
15. ***Masih Soal Bantuan Hukum Probono,*** dimuat dalam kolom opini Pos Kupang, halaman 4, hari Selasa, tanggal 25 September 2012;

Pengalaman Mengikuti Konferensi International:

1. Menghadiri the Sixth International Conference on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP) in Melbourne, Australia dan mempresentasikan poster berjudul: ***Case study on Law and Prostitution in Kupang Municipality – Indonesia,*** October 2001.
2. Menghadiri the International Conference on Drug Related Harm di Chiang May, Thailand, April 2003.
3. Menghadiri the seventh ICAAP di Kobe, Japan dan mempresentasikan poster berjudul: ***Law Case Study: 100% Condom Use Regulation in Indonesia,*** 1 – 6 Juli 2005.
4. Menghadiri the XVI International AIDS Conference di Toronto, Canada, dan mempresentasikan poster berjudul: ***Proposed Amendments of the NARCOTIC act in INDONESIA,*** 13 – 18 August 2006.
5. Mempresentasikan paper berjudul ***Indonesian Anti-Trafficking Law*** dalam workshop tentang Human Trafficking, yang diselenggarakan oleh OXFAM Australia di Dilly, Timor Leste, 10 April 2008.
6. Menghadiri ***the International Expert Meeting on Strengthened and Expanded Legal Services for PLHIV and vulnerable groups*** di Roma, 3-6 May 2009.
7. Menghadiri the Ninth ICAAP IX di Denpasar, Bali - Indonesia, dan mempresentasikan poster berjudul: ***Working with Men and Boys in Reproductive Health in Timor Leste,*** 9 -13 Agustus 2009
8. Menghadiri seminar internasional bertema: ***Using Law and Policy to response HIV and AIDS,*** di Sydney, NSW-Australia, 7-11 December, 2009.
9. Menghadiri workshop bertema: ***Drug Diversion & Drug Treatment/Rehabilitation*** yang diselenggarakan di Sydney-Australia, 21-25 November 2011.
10. Menghadiri dan mempresentasikan *paper* berjudul: ***Abuse of Substance, Restorative Justice and Diversion,*** dalam The Asia-Pacific Research in Social Sciences and Humanities (APRiSH), yang diselenggarakan oleh Universitas Indonesia di Depok, 7-9 November 2016.
11. Menghadiri dan mempresentasikan *paper* berjudul: ***Broadening Magistrate' Roles in Drug Abuse Offence*** in Scholar Summit 2017, yang diselenggarakan oleh Universitas Indonesia, di Depok, 10-11 Oktober 2017.

Lain-lain

1. Diangkat dan disumpah oleh Ketua Pengadilan Tinggi NTT dan Timor-Timur sebagai **Pengacara Praktir Profesional** pada 04 November 1998 dan aktif menangani perkara di Pengadilan sampai dengan berlakunya UU Advokat Nomor 18 Tahun 2003.
2. Mengikuti **Kursus Advokat pada Yayasan Bina Bantuan Hukum VEITAS Jakarta**, 2004.
3. Menjadi konsultan dalam **Bidang Hukum dan Hak Azasi Manusia** untuk Pemerintah Indonesia maupun Lembaga-Lembaga Internasional: UNFPA, UNODC, AusAID, UNAIDS, IDLO, IPPF dan lain-lain.
4. Mengikuti **Pelatihan Ahli Forensik Bersertifikat** pada pada yang diselenggarakan oleh Pusat Forensik Terintegrasi (Bersertifikat) yang diselenggarakan oleh Pusat Forensik Terintegrasi, Universitas Indonesia, 18-19 Agustus 2021.
5. Sejak 2019 sebagai *reviewer* pada **Jurnal IUS POENALE-FACULTY OF LAW UNIVERSITAS LAMPUNG**, Prof. Soemantri Brodjonegoro St. No 1, Gedong Meneng, Bandar Lampung 35145, Indonesia. Phone: +62 81369206845, Website: <https://jurnal.fh.unila.ac.id/index.php/ip>
6. Sejak bulan Februari tahun 2019 diangkat sebagai **Kepala Pusat Studi HAM, HaKI, Kependudukan, Gender dan Anak** (H2KGA) pada LP2M Universitas Nusa Cendana.
7. Sejak Januari 2022 diangkat sebagai **Sekretaris Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepala Masyarakat** (LP2M) Universitas Nusa Cendana.
8. Sejak tahun 2021 ditunjuk oleh Rektor Universitas Nusa Cendana dan terlibat sebagai Anggota Panitia **Seleksi Jabatan Pratama dan Uji Kompetensi** untuk Kabupaten Belu dan Kabupaten Malaka serta Seleksi Awal & Akhir Penertimaan Siswa Sekolah Inspektur Polisi Sumber Sarjana (SIPSS) Kepolisian Daerah Nusa Tenggara Timur (POLDA NTT), Tahun 2023.
9. Mengikuti **Penataran KUHP Baru-Buku I Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 (20 Jam: Bersertifikat)** yang diselenggarakan oleh MAHUPIKI bekerjasama dengan Fakultas Hukum Universitas Pancasila, Depok, 7-9 Februari 2023.
10. Mengikuti Pelatihan **“Menyampaikan Keterangan Ahli Yang Efektir di Sidang Pengadilan”** (Bersertifikat) yang diselenggarakan oleh Pusat Forensik Terintegrasi Universitas Indonesia, 27-28 Juli 2023.
11. Mengikuti Penataran **Training of Trainers (ToT) 7 Tema Dalam KUHP Baru** (Bersertifikat) yang diselenggarakan oleh Fakultas Hukum Universitas Indonesia di Kampus FHUI, Depok, tanggal 24 sampai dengan 26 Agustus 2023.

30 Agustus 2023.



Dr. Simplexius Asa, SH., MH

CURRICULUM VITAE

A. IDENTITAS DIRI

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1 Nama Lengkap (dengan gelar) | Darius Mauritsius, SH.,M.Hum |
| 2 Jenis Kelamin | L |
| 3 Jabatan Fungsional | Lektor/ III D |
| 4 NIP/NIK/Identitas lainnya | 19770531 200501 1 001 |
| 5 NIDN | 0031057703 |
| 6 Tempat dan Tanggal Lahir | Maumere, 31 Mei 1977 |
| 7 E-mail | dariusmauritsius@gmail.com |
| 9 Nomor Telepon/HP | 085239304307 |
| 10 Alamat Kantor | Jl. Adisucipto Penfui, Kupang |
| 11 Nomor Telepon/Faks | (0380) 881400 |
| 12 Lulusan yang Telah Dihasilkan | S-1 = 200 orang <ol style="list-style-type: none"> 1. Hukum Perdata 2. Hukum Perikatan 3. Hukum Bisnis dan HKI 4. Hukum Dagang 5. Kontrak Dagang |
| 13. Mata Kuliah yg Diampu | |

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Nusa Cendana	Universitas Nusa Cendana	
Bidang Ilmu	Hukum Perdata	Hukum Bisnis	
Tahun Masuk-Lulus	2000	2011	
Judul Skripsi/Tesis/ Disertasi	Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Prnyimpangan Terhadap Pelaksanaan SK Bupati Sikka Tentang Tarif Angkutan Umum Bagi Pelajar dan Mahasiswa di Kota Maumere Kabupaten Sikka.	Penerapan Teori Korporasi dalam Perseroan Terbatas Demi Terwujudnya Good Corporate Governance	
Nama Pembimbing/ Promotor	- Jakobus Tema, SH - S. Suroso, SH	- Dr. Karolus K. Medan,SH,M.Hum - Dr. Yustinus Pedo, SH.,M.Hum	

C. PENGALAMAN PENELITIAN DALAM 5 TAHUN TERAKHIR
(Bukan Skripsi, Tesis, dan Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2017	Inventarisasi Potensi Ekonomi Desa Dalam Pembentukan Badan USAHA MILIK DESA (BUMDES) Di Kecamatan Kupang Tengah Kabupaten Kupang	DIPA UNDANA	15.000.000
2	2018	Penegakan Ketentuan Tanah Terlantar Dalam Mendukung Ketahanan Pangan Di Kabupaten Kupang	DIPA UNDANA	35.000.000,-
3	2020	Implementasi Undang-Undan No 18 Tahun 2017 Tentang Perlindungan Pekerja Migran Indonesia Di Provinsi Nusa Tenggara Timur.	DIPA UNDANA	50.000.000
4	2020	Kewenangan Persekutuan Masyarakat Hukum Adat (Kepala Suku) Sebagai Pemegang Hak Menguasai Atas Tanah Suku Di Kecamatan Kupang Barat Kabupaten Kupang	DIPA UNDANA	50.000.000,-
5	2021	<i>Fukun</i> (Kepala Suku) Sebagai Pemegang Hak Menguasai Atas Tanah Suku Di Desa Adat Suku Matabesi Kecamatan Atambua Barat Kabupaten Belu Provinsi Nusa Tenggara Timur	DIPA UNDANA	50.000.000,-
6	2021	Kajian Akademis Rencana Umum Penanaman Modal Kabupaten Sumba Barat	APBD Kab. Sumba Barat	150.000.000,-
7	2021	Penyusunan Rencana Umum Penanaman Modal Kabupaten Sumba Barat	APBD Kab. Sumba Barat	150.000.000,-
8	2021	Peta Potensi Kabupaten Sumba Barat	APBD Kab. Sumba Barat	240.370.000,-
9	2021	Penelitian/Pendataan Eksistensi Tanah Adat/Tanah Ulayat di Kabupaten Sumba Barat Daya, Kabupaten Sumba Barat dan Kabupaten Manggarai Barat Provinsi NTT	DPA Dinas Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat Provinsi NTT	551.130.000,-
10	2022	Penyusunan Dokumen Strategi Promosi Penanaman Modal Kabupaten Sumba Barat	APBD Kab. Sumba Barat	200.000.000,-
11	2022	Sistem Bagi Hasil Penangkapan/ Perburuhan Ikan Paus Pada Masyarakat Lamalera Kecamatan Wulandoni Kabupaten Lembata	DIPA UNDANA	50.000.000,-

D. PENGALAMAN PENGABDIAN MASYARAKAT 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	(Juta Rp)
1	2016	Pelatihan Legislative Drafting Dan Pengelolaan Keuangan Desa Bagi Aparatur Desa Di Kecamatan Molo Utara Kabupaten Timor Tengah Selatan	DIPA UNDANA	50.000.000
2	2016	Pembentukan Badan Usaha Milik Desa (BUMDes) di Desa Penfui Timur Kecamatan Kupang Tengah Kabupaten Kupang	DIPA UNDANA	7.500.000
3	2018	Perancangan Modul Pembinaan Desa Dalam Rangka Pelaksanaan UU No 6 Tahun 2014 tentang Desa	DIPA UNDANA	60.000.000
4	2019	Pelatihan Penyusunan Peraturan Dan Pengelolaan Keuangan Desa Bagi Aparatur Desa Di Kecamatan Sulamu Kabupaten Kupang	DIPA UNDANA	22,500.000
5	2020	Pelatihan Paralegal Bagi Jemaat Eklesia Taneo Funan Di Desa Oben Kecamatan Nekamese Kabupaten Kupang	DIPA UNDANA	22.500.000
6	2021	Pelatihan Pembuatan Kontrak/ Perjanjian Bagi Aparat Desa Di Desa Kuaklalo Kecamatan Taebenu Kabupaten Kupang	DIPA UNDANA	25.000.000
6	2022	Pelatihan Legislative Drafting Bagi Aparat Desa Biau Kecamatan Io Kufen Kabupaten Malaka	DIPA UNDANA	20.000.000
7	2023	Pelatihan Legislative Drafting Bagi Aparat Desa Famnasi Kecamatan Miamafu Timur Kabupaten Timor Tengah Utara	DIPA UNDANA	25.000.000

E. PUBLIKASI ARTIKEL ILMIAH DALAM JURNAL 5 TAHUN TERAKHIR

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
1	Interethnic Social Distance of Students in Language and Literature Education Study Program in Faculty of Teaching and Educational Science of Nusa Cendana Kupang University	IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)	Volume 24, Issue 12, Series. 4 (December. 2019) 24-30 e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845.
2	Improving The Ability To Make Simple Sentences Using Word Card In Deaf Students Grade Iv Of Administrator Elementary School For Special Needs Students Of Kupang - East Nusa Tenggara Province	IOSR Journal of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)	Volume 25, Issue 12, Series 6 (December. 2020) 40-46 e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845.

3	Authority Of Society Associations (Chairman Of Tribe) As The Right Holder The Land Of The Tribe In West Kupang District, Kupang Regency	International Journal of Business, Economics and Law	Vol. 23, Issue 1 (December 2020) ISSN 2289-1552
4	Fukun (Head Of Tribe) As The Right Holder Control Over Tribal Land In The Matabesi Traditional Village, West Atambua District, Belu Regency East Nusa Tenggara Province	International Journal of Business, Economics and Law,	Vol. 25, Issue 1 (December 2021) ISSN 2289-1552
5	Implementasi Undang-Undan No 18 Tahun 2017 Tentang Perlindungan Pekerja Migran Indonesiadi Provinsi Nusa Tenggara Timur	Global Academical Jurnal	Vol. 5, No. 2, Oktober 2021, ISSN : 2581-2149
6	Literation Abilities of Elementary School Students in Kupang District, NTT Based on Five Basic Reading Skills NTT	Budapest International Research and Critics Institute- Journal (BIRCI- Journal)	Volume 5, No 2, May 2022, Page: 9432-9442 e-ISSN: 2615-3076 (Online), p-ISSN: 2615-1715 (Print)

F. PEMAALAH SEMINAR ILMIAH (ORAL PRESENTATION) DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No	Nama Temu ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1			
Dst			

G. KARYA BUKU DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No	Judul Buku	Tahun	Hlm	Penerbit
1	Pendidikan Antikorupsi	2022	151	Deepublish Publisher ISBN: 978-623-02-5029-3
2	Spirit Peningkatan Skill dan Pembangunan Fisik	2022	247	Akademia Pustaka ISBN: 978-623-5419-47-3
3	Warita Korupsi Kita (sebuah Profil Anti Korupsi NTT)	2023	157	Tangguh Denara Jaya ISBN: 978-623-8209-73-6

H. PEROLEHAN HKI DALAM 10 TAHUN TERAKHIR

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1	Warita Korupsi Kita (sebuah Profil Anti Korupsi NTT)	2023	Buku	000509164

I. PENGALAMAN MERUMUSKAN KEBIJAKAN PUBLIK/REKAYASA SOSIAL LAINNYA DALAM 10 TAHUN TERAKHIR

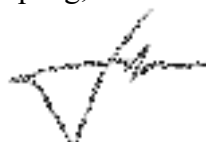
No.	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1	Pemberdayaan, Pengembangan, Perlindungan dan Pelestarian Adat-Istiadat dan Lembaga Adat Jingitui.	2015	Kabupaten Sabu Raijua	Baik
2	Penyelenggaraan Kesehatan Ibu, Bayi Baru Melahirkan Dan Anak KIBBLA	2015	Provinsi NTT	Baik
3	Perda Sistem Kesehatan Daerah	2016	Kabupaten SBD	Baik
4	Perda Bangunan Gedung	2016	Kabupaten SBD	Baik
5	Pengembangan Anak Usia Dini Holistik Integratif Berbasis Masyarakat	2016	Kabupaten Sikka	Baik
6	Pengelolaan Sampah	2016	Kabupaten Sikka	Baik

J. PENGHARGAAN DALAM 10 TAHUN TERAKHIR (DARI PEMERINTAH, ASOSIASI ATAU INSTITUSI LAINNYA)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi	Tahun
1			
Dst.			

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi. Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya.

Kupang, Desember 2023



(Darius Mauritsius, SH.,M.Hum)

Nip. 19770531 200501 1 001

CURRICULUM VITAE

A. Identitas Diri



- 1 Nama : Indriati Andolita Tedju Hinga, SKM,M.Sc
- 2 Jenis Kelamin : Perempuan
- 3 Jabatan/Pangkat/Gol : Lektor/ Penata/ IIC
- 4 NIP : 19820828 200604 2 001
- 5 NIDN : 0028088202
- 6 Tempat & Tanggal lahir : Kupang, 28 Agustus 1982
- 7 E-mail : indri.andolita@gmail.com
- 8 No. Telepon/Faks/HP : 081236266101
- 9 Alamat Kantor : Kampus FKM Undana, Jl. Adi Sucipto-
Penfui Kupang - NTT

- 10 Matakuliah yang diampuh :
1. Ilmu Penyakit Tropis
 2. Epidemiologi Dasar
 3. Epidemiologi Penyakit Menular
 4. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular
 5. Surveilans Kesehatan Masyarakat
 - 6 Manajemen Data

- 11 Alamat Rumah : Perumahan Pondok Indah Matani Blok U No.30, Jl. Claret
RT.29/ RW.03 Kelurahan Penfui Timur, Kecamatan Kupang
Tengah, Kabupaten Kupang-NTT

B. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun	Bidang Ilmu	Institusi/Fakultas/Prodi	Gelar
1	SMF	2001	Farmasi	Sekolah Menengah Farmasi Depkes Kupang	
2	S1	2005	Epidemiologi dan Biostatistika	Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/ Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana Kupang-NTT	SKM
3	S2	2012	Kesehatan Tropis	Prodi Ilmu Kedokteran Tropis/ Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta	M.Sc

C. Pengalaman Penelitian

No	Tahun	Judul Penelitian	Keterangan/ Sumber Dana
1	2005	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit Pneumonia pada balita (studi kasus di wilayah kerja Puskesmas Batakte Kabupaten Kupang)	Skripsi/ Mandiri
2	2006	Analisis Kandungan Bakteri <i>Escherichia Coli</i> untuk Menilai Kualitas Air pada Sumber-Sumber Air Minum Alternatif bagi Masyarakat Kota Kupang	Hibah SP4 FKM Undana
3	2007	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI (Air Susu Ibu) Eksklusif pada Ibu Balita di Kabupaten Kupang	DIPA FKM Undana
4	2008	Pasar Kerja Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana	DIPA FKM Undana
5	2011	Kajian Kajian faktor yang berperan terhadap kasus putus berobat (<i>drop out</i>) pada penderita TBC (Tuberkulosis) anak di RSUD W. Z. Johannes Kupang faktor yang berperan terhadap kasus putus berobat (<i>drop out</i>) pada penderita TBC (Tuberkulosis) anak di RSUD W. Z. Johannes Kupang	Thesis/ BPPS Kemendikbud
6	2012	Riset Eksplorasi Pengetahuan Lokal Etnomedisin dan Tumbuhan Obat (RISTOJA) di Indonesia Berbasis Komunitas pada Etnis Sabu di Provinsi NTT	Kemenkes RI
7	2013	Analisis Pola Gejala, Perilaku Pencarian Pengobatan dan Persepsi Orang Tua Terhadap Penyakit Tuberkulosis (TB) Paru dan Ekstra Paru Pada Anak”	DIPA FKM Undana
8	2014	Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) di Kabupaten Ngada Nusa Tenggara Timur (NTT)	Kemenkes RI
9	2015	Riset Pembiayaan Kesehatan (RPK) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Era JKN di Kabupaten Rote Ndao Provinsi NTT	Kemenkes RI
10	2016	Riset Pembiayaan Kesehatan (RPK) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut Era JKN di Kota Kupang Provinsi NTT	Kemenkes RI
11	2017	Optimalisasi Program DOTS Melalui Penguatan PMO Dalam Penampungan Suplementasi Berbasis Pangan Lokal Susu K2 (Sari Kedelai Yang Difortifikasi Daun Kelor) Terhadap Status Gizi Penderita TBC Anak Di Kota Kupang	DRPM Ditjen Risbang Kemenristekdikti
12	2018	Strategi Pemasaran Produk “Tiga Terlambat Penyebab Kematian Ibu” Di Desa Terpencil Melalui Pemberdayaan Tokoh Masyarakat Sebagai Komunikator Kesehatan.	DRPM Ditjen Risbang Kemenristekdikti
13	2019	Riset Pola Konsumsi dan Status Gizi pada Remaja di Kabupaten Kupang	LSM Bengkel AppeK & SNV
14	2020	Efektivitas Pemberian BMC Berbasis Pangan Lokal Daerah Lahan Kering Kepulauan (Tepung Ikan dan Kelor) pada Balita Berat Badan Rendah di Kabupaten Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur	DIPA FKM Undana
15	2020	Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) di Kabupaten Timor Tengah Utara	Kemenkes RI
16	2021	Model Pencegahan Covid-19 Pada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Kota Kupang Provinsi NTT	DIPA FKM Undana

17	2021	Pengaruh Media Leaflet Terhadap Pengetahuan dan Sikap Dalam Upaya Pencegahan Covid-19 pada Pedagang di Pasar Tradisional Oesapa di Kota Kupang	DIPA LP3M Undana
18	2021	Model Pencegahan Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Kupang	BKKBN Provinsi NTT
19	2021	Analisis Faktor Risiko Kejadian Stunting di Kabupaten Kupang NTT	BKKBN Provinsi NTT
20	2022	Model Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Berbasis Kelompok Teman Sebaya di SMPN 20 Kota Kupang	DIPA LP3M Undana

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Keterangan/ Sumber Dana
1	2006	Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat bagi Keluarga di Posyandu Kelapa Tinggi (Kelting) Kelurahan Tarus Desa Mata Air	DIPA FKM Undana
2	2006	Penyuluhan Tentang Pengendalian Penyakit Kecacingan Melalui Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Siswa/Siswi SD Inpres Bertingkat Oebobo II Kecamatan Oebobo	DIPA FKM Undana
3	2007	Sosialisasi Identifikasi Penyakit Kusta Secara Dini pada Tingkat Rumah Tangga di Desa Tanah Putih Kabupaten Kupang	DIPA FKM Undana
4	2008	Pelatihan Pemanfaatan Tanaman Obat sebagai Obat Alternatif Keluarga untuk Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Menular pada Kader Posyandu di Lokasi Pengungsi Eks Timor Leste Desa Naibonat Kecamatan Kupang Timur	DIPA FKM Undana
5	2008	Pelatihan Modifikasi Pengolahan Bahan Lokal Non Beras Sebagai Makanan Alternatif dalam Upaya Pencegahan Kekurangan Gizi pada Kader Posyandu di Desa Tanah Putih Kecamatan Kupang Timur	DIPA FKM Undana
6	2012	Desiminasi Informasi Kesehatan Mengenai Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	DIPA FKM Undana
7	2012	Desiminasi Informasi Kesehatan: “HIV AIDS dan Penanggulangannya, Kesehatan Reproduksi dan Bahaya Narkoba bagi Remaja di SMA Negeri 9 Kota Kupang”	DIPA FKM Undana
8	2013	Desiminasi Informasi Kesehatan: “Upaya Peningkatan Pemahaman Siswa Tentang Perilaku Hidup Bersih Terhadap Terjadinya Penyakit Kecacingan dan Demam Berdarah di Sekolah Satu Atap Negeri Bakfai Kabupaten Kupang	DIPA FKM Undana
9	2014	Penyuluhan Tentang Bahaya Penyakit Hepatitis dan Pencegahannya Pada Siswa Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri I Kupang Timur Kabupaten Kupang 2014.	DIPA FKM Undana
10	2015	Penerapan Ipteks Bagi Masyarakat (IbM) Kelompok Ibu Rumah Tangga Perum Matani Permai Dalam Upaya Pengelolaan Sampah dan Pencegahan Penularan Penyakit Diare dan Demam Berdarah Melalui “Pelatihan Pembuatan Komposter dengan Memanfaatkan Sampah Rumah Tangga”	DRPM Ditjen Risbang Kemenristekdikti
11	2015	Penerapan Ipteks Bagi Masyarakat (IbM) PAUD di Kota Kupang (Penyuluhan dan Praktek PHBS bagi Murid PAUD)	BOPTN Undana
12	2016	Penerapan Ipteks Bagi Masyarakat (IbM) Kebun Edukasi bagi PAUD (Penyuluhan Gizi dan Pelatihan Pembuatan Kebun Edukasi Gizi bagi Murid PAUD)	BOPTN Undana

13	2016	Penerapan Ipteks Bagi Masyarakat (IbM) Pemberdayaan Kelompok Kader Posyandu dan Ibu Balita dalam Ragam Cipta Putak Sebagai Pangan Tradisional Bergizi Pencegah KEP dan Produk Wisata Kuliner di Kabupaten Kupang	BOPTN Undana
14	2017	Pemberdayaan Teman Sebaya dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Sekolah, Keluarga dan Masyarakat di Wilayah Perbatasan Sebagai Wilayah Risiko Tinggi HIV-AIDS	DRPM Ditjen Risbang Kemenristekdikti
15	2018	Pendidikan Kesehatan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) Pada Anak di PAUD Sardis	Mandiri
16	2018	Pendidikan Kesehatan Reproduksi Bagi Anak Usia Dini Pada PAUD Di Kota Kupang	Mandiri
17	2019	Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Media Pada Murid Kelas II SD Negeri Tuadale Desa Lifuleo Kecamatan Kupang Barat Kabupaten Kupang	DIPA FKM Undana
18	2020	Edukasi Penggunaan Masker dan CTPS (Cuci Tangan Pakai Sabun) Sebagai Upaya Pencegahan <i>Corona Virus Disease</i> pada Anak dan Remaja di Panti Asuhan Rumah Anak Iman (RAI) Kota Kupang	Mandiri
19	2022	Edukasi Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) bagi Ibu Rumah Tangga dan Remaja Putri	Mandiri

E. Perolehan HKI (Hak Kekayaan Intelektual)

No	Judul/ Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1	Produk Inovasi Susu K2 (Kedelai-Kelor) sebagai Suplementasi Gizi Berbasis Pangan Lokal bagi Anak Gizi Kurang di NTT	2019	Laporan Penelitian	000140451
2	Produk Inovasi Biskuit TIK (Tepung Ikan dan Kelor) Berbasis Pangan Lokal Lahan Kering Kepulauan Bagi Balita Stunting di Kabupaten Kupang	2021	Laporan Penelitian	000251244
3	Stiker Ayo Lakukan Sadari..Sekarang!!!	2022	Seni Umum	00418949

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation)

No	Nama Pertemuan Ilmiah/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Seminar Nasional Adaptasi dan Mitigasi Perubahan Iklim di Daerah Semiringkai (di Bidang Pertanian, Peternakan, dan Kesehatan)	Komposisi Tepung Kedelai dan Daun Kelor Sebagai Pangan Lokal Potensial Daerah Semiringkai Kepulauan Terhadap Kandungan Gizi Makro Susu K2 (Kedelai-Kelor) Pada Program Suplementasi Gizi Penderita TBC Anak	Kupang, 04 Oktober 2016 di Hotel Naka-Kupang NTT

2	Seminar Ilmiah Nasional Kebidanan “Kolaborasi Profesi Kesehatan dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak	Pemberdayaan Teman Sebaya dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Sekolah, Keluarga dan Masyarakat di Wilayah Perbatasan sebagai Wilayah Risiko Tinggi HIV-AIDS	Kupang, 12 Mei 2018 di Neo Hotel by Aston Kupang-NTT
3	Seminar Nasional VI FKH UNDANA Tantangan dan Peluang Konservasi Satwa Liar dan Budidaya Ternak di Lahan Kering Kepulauan	Gambaran Karakteristik dan Pengetahuan Wanita dan Pria Usia Produktif Tentang Toxoplasmosis di Kota Kupang	Kupang, 18 Oktober 2018 di Swiss-Berlin Crystal Hotel Kupang-NTT
4	Seminar Fantasi Multikultur	Peran Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) Tenaga kesehatan dan Pengawas Menelan Obat (PMO) dalam Pelaksanaan Manajemen Strategi DOTS pada Penderita TBC Anak di Kota Kupang	Kupang, 08 November 2018 Ruang Teater Lantai III Rektorat Undana
5	Diseminasi Hasil Riset Pola Konsumsi Remaja dan Penghargaan bagi Desa Peduli Stunting di Kabupaten Kupang	Hasil Temuan Riset Begkel Appex terkait Pola Konsumsi dan Status Gizi Remaja di Kabupaten Kupang Tahun 2019	Kupang, 12 Desember 2019 di Hotel Neo Aston Kupang

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, Saya sanggup menerima sanksi. Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya.

Kupang, 27 November 2023
Anggota Tim



Indriati A. Tedju Hinga, SKM, M.Sc
NIP. 19820828 200604 2 001