



**NASKAH AKADEMIK
RANCANGAN UNDANG-UNDANG
TENTANG
KESEHATAN**

**BADAN LEGISLASI
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA
2023**

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya Naskah Akademik dan Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan (RUU tentang Kesehatan) telah selesai disusun. Naskah Akademik ini disusun sebagai dasar pertanggungjawaban ilmiah terhadap penyusunan RUU tentang Kesehatan sekaligus guna memenuhi persyaratan dalam penyusunan RUU tentang Kesehatan sebagaimana ditentukan dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan.

Badan Legislasi DPR RI telah menyusun naskah akademik RUU tentang Kesehatan sesuai dengan Program Legislasi Nasional Prioritas Tahunan 2023. RUU tentang Kesehatan memiliki implikasi penting dan strategis yang timbul akibat penerapan sistem baru baik dari aspek kehidupan berbangsa dan bernegara dalam penyelenggaraan kesehatan di Indonesia. Selain itu, Naskah Akademik ini disusun untuk memberikan dasar kajian yang telah memuat pokok pikiran yang mendasari alasan penyusunan RUU tentang Kesehatan. Naskah Akademik RUU tentang Kesehatan ini disusun secara komprehensif sehingga dapat digunakan sebagai dasar, rujukan, dan argumentasi dalam pembahasan sesuai dengan tahapan pembentukan Undang-Undang. Proses penyusunan Naskah Akademik ini dilakukan setelah mendapatkan pandangan dan masukan dari para pemangku kepentingan (*stakeholders*) yang terkait di bidang kesehatan.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terlaksananya penyusunan Naskah Akademik RUU tentang Kesehatan ini. Kami menyadari bahwa hasil penyusunan ini masih terdapat kekurangan, untuk itu kami mengharapkan saran serta masukan guna perbaikan dan semoga Naskah Akademik RUU tentang Kesehatan ini dapat

bermanfaat dan menjadi acuan berbasis bukti bagi penyusunan RUU tentang Kesehatan.

Jakarta, Februari 2023
Ketua Badan Legislasi DPR RI,

SUPRATMAN ANDI AGTAS
A- 128

DAFTAR ISI

	<i>Hal.</i>
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Identifikasi Masalah	14
C. Tujuan dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik.....	14
D. Metode	15
BAB II KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS.....	17
A. Kajian Teoretis	17
B. Kajian terhadap Asas/Prinsip yang Terkait dengan Penyusunan Norma	53
C. Kajian terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada, Serta Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat.....	58
D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru yang Akan Diatur dalam Undang-Undang atau Peraturan Daerah terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat dan Dampaknya terhadap Aspek Beban Keuangan Negara	153
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT	168
A. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular	168
B. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.....	170
C. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.....	1755
D. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.....	181
E. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa	186
F. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekejarantinaan Kesehatan	191

G. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	194
H. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.	202
I. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.....	211
J. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.....	218
K. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi .	219
L. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran.....	220
M. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.....	221
N. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan	222
O. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan	222
BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS.....	224
A. Landasan Filosofis	224
B. Landasan Sosiologis	22727
C. Landasan Yuridis	22929
BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN UNDANG-UNDANG, PERATURAN DAERAH PROVINSI, ATAU PERATURAN DAERAH KABUPATEN/KOTA.....	231
A. Sasaran yang Akan Diwujudkan	231
B. Jangkauan dan Arah Pengaturan.....	231
C. Ruang Lingkup Materi Muatan Undang-Undang	233
BAB VI PENUTUP	404
A. Simpulan	404
B. Saran	413
DAFTAR PUSTAKA	414

DAFTAR GAMBAR

	Hal.
Gambar 1. 1 Pilar Transformasi Kesehatan.....	12
Gambar 2. 1 Dasar Bangunan Sistem Kesehatan: Tujuan dan Atribut	18
Gambar 2. 2 Hubungan Dinamis kotak bangunan dalam Sistem Kesehatan	19
Gambar 2. 3 Penanganan	34
Gambar 2. 4 Pencegahan.....	35
Gambar 2. 5 Perbandingan Penyediaan & Kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan	41
Gambar 2. 6 Posisi Praktik Langsung dengan Pasien dalam Pendidikan Kedokteran	43
Gambar 2. 7 Gambaran beberapa undang-undang menjadi <i>Omnibus Law</i>	49
Gambar 2. 8 Perluasan deteksi dini di lingkungan primer	75
Gambar 2. 9 Transformasi Struktur Kesehatan	77
Gambar 2. 10 Perkembangan RS Umum dan RS Khusus dalam lima tahun terakhir	80
Gambar 2. 11 Persebaran Dokter/Dokter Gigi/Spesialis berdasarkan alamat korespondensi.....	80
Gambar 2. 12 Permasalahan dalam Pelayanan Rujukan	82
Gambar 2. 13 Stratifikasi dan Jejaring Pengampunan Layanan Prioritas	87
Gambar 2. 14 Hubungan Fungsi-Fungsi Pendanaan Kesehatan.....	93
Gambar 2. 15 Aliran Pendanaan Kesehatan	96
Gambar 2. 16 Perbandingan Sistem <i>hospital-based</i> dan <i>university-based</i>	150
Gambar 2. 17 Perbandingan <i>university-based</i> dan <i>hospital-based</i> di Asia, Eropa, Amerika, dan Afrika	153

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan Negara Indonesia sebagaimana termaktub dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI Tahun 1945) khususnya dalam Alinea keempat, diantaranya memuat bahwa negara melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Kemudian dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 juga 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.

Pencapaian amanat konstitusi tersebut harus didukung dengan pembangunan seluruh bidang kehidupan yang berlandaskan Pancasila sebagai dasar negara. Salah satu bidang yang berpengaruh dalam pembangunan nasional adalah bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Selanjutnya, kesehatan sebagai hak asasi manusia sehingga harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat. Sebagai hak manusia, *World Health*

Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi yang meliputi fisik, mental dan spiritual dan sosial secara menyeluruh bukan hanya terhindar dari penyakit atau kecatatan¹ sehingga dimungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Kesehatan semua bangsa sangat penting untuk mencapai perdamaian dan keamanan dan tergantung pada kerja sama individu sepenuhnya beserta dengan Negara.

Sistem kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Dalam definisi yang lebih luas lagi, sistem kesehatan mencakup sektor-sektor lain seperti pertanian dan lainnya. Sistem kesehatan sebagai seluruh kegiatan yang mana mempunyai maksud utama untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan. Mengingat maksud tersebut, maka termasuk dalam hal ini tidak saja pelayanan kesehatan formal, tetapi juga yang tidak formal, seperti misalnya pelayanan pengobatan tradisional, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, peningkatan keamanan lingkungan dan jalan raya, serta pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan juga merupakan bagian dari sistem kesehatan².

WHO telah mengembangkan kerangka kerja sistem kesehatan yang dikenal dengan *Six Building Blocks* yang terdiri dari 6 pilar yaitu: a. pelayanan kesehatan; b. tenaga kesehatan, c. informasi kesehatan, d. alat kesehatan/vaksin/teknologi, e. pembiayaan kesehatan; serta f. kepemimpinan (*leadership*). Keenam pilar tersebut merupakan suatu kesatuan yang memiliki tujuan antara (*intermediate goals*) seperti: a. akses; b. cakupan, c. mutu; dan d. keamanan kesehatan yang akan menghasilkan *outcome* seperti: a. peningkatan derajat kesehatan;

¹ Constitution of the World Health Organization 1946, "*Health is a state of complete physical, mental dan social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*" WHO. Constitution of the World Health Organization 1946. Geneva: s.n, 1946.

² *Ibid.*

b. Reponsivitas; c. perlindungan risiko sosial dan keuangan, serta d. peningkatan efisiensi kesehatan³.

Adapun untuk menguatkan sistem kesehatan digunakan pendekatan daya guna yang mencakup penetapan status kesehatan yang diinginkan sebagai *starting point* dalam mengidentifikasi hambatan dan permasalahan sistem Kesehatan. Kemudian, hal tersebut untuk mengatasi permasalahan sistem kesehatan sebagai sebuah langkah yang spesifik untuk mencapai hasil melalui upaya yang berdampak pada semua aspek. Selanjutnya, mengatasi isu kapasitas dan kebijakan sistem kesehatan. Lalu, mendorong pengembangan strategi dan rencana sistem kesehatan nasional dan mengurangi investasi yang tidak diperlukan, serta meningkatkan pengawasan dan evaluasi. Penguatan sistem dilakukan dengan penekanan pada dua level dalam sistem itu sendiri yakni tingkat sistem yang mencakup kebijakan, regulasi, alokasi sumber daya, serta penguatan pada tingkat proses pelayanan. Pilar-pilar tersebut tidak terlepas dari elemen kesehatan yang ada di dalamnya seperti infrastruktur, kebijakan dan regulasi, perencanaan, pembiayaan kesehatan dan penguatan sistem pengawasan dan evaluasi.

Pencapaian kerangka kerja sistem kesehatan *Six Building Blocks* sudah banyak dikritisi dan dievaluasi oleh peneliti maupun aktivis terkait. Oleh karena itu, dalam kondisi tidak normal seperti bencana dan krisis kesehatan, sangat diharapkan kerja sama lintas sektoral dan penguatan kapasitas sektor kesehatan untuk mencapai tujuan akhir dari kerangka kerja sistem kesehatan *Six Building Blocks*⁴ dimaksud.

Menurut Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) Pasal 25 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan, kesejahteraan dirinya sendiri dan keluarganya.⁵ Pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia dan sebagai kondisi yang diperlukan untuk terpenuhinya hak-hak lain

³ *Ibid.*

⁴ WHO. *Six Building Blocks* diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>, pada tanggal 12 Juli 2022

⁵ Pasal 25 *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR).

telah diakui secara internasional. Hak atas kesehatan meliputi hak untuk mendapatkan kehidupan dan pekerjaan yang sehat, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan perhatian khusus terhadap kesehatan ibu dan anak.

Pasal 28H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.⁶ Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu Pemerintah Pusat dan pemerintahan daerah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Indonesia sebagai negara berkembang masih dihadapkan pada masalah rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak mampu menjawab kompleksitas penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang semakin tergantung pada teknologi Kesehatan yang semakin mahal dan rumit. Sistem pelayanan kesehatan yang padat teknologi dan semakin mahal menuntut penanganan yang profesional yang diselenggarakan oleh institusi yang handal dan menuntut metoda penyelenggaraan yang mampu bekerja efektif, efisien, dan sekaligus memuaskan.

Dalam pencapaian kondisi kesehatan yang mempunyai secara paripurna, pemerintah Indonesia memiliki tanggung jawab dalam perencanaan, pengaturan, penyelenggaraan, pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan kesehatan yang merata dan dapat dijangkau oleh masyarakat serta didukung oleh setiap masyarakat yang memiliki kewajiban menghormati hak orang lain mendapatkan lingkungan sehat⁷, berperilaku sehat⁸, menjaga dan meningkatkan

⁶ Pasal 28H UUD NRI Tahun 1945.

⁷ Pasal 10 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

⁸ Pasal 11 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

derajat kesehatan⁹ serta partisipasi kesehatan nasional¹⁰. Oleh 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 dapat 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 dapat menikmati sepenuhnya kehidupan sebagai manusia.

Pembangunan bidang kesehatan pada dasarnya ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan sebagaimana diamanatkan oleh pembukaan UUD NRI Tahun 1945. Kesehatan sebagai Hak Asasi Manusia (HAM) harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat.

Kemudian, dalam pembangunan bidang Kesehatan tersebut, Tenaga kesehatan memiliki peranan penting terutama dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat. Tenaga kesehatan juga berperan dalam meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat sehingga terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif.

Di sisi lain, sistem pelayanan kesehatan bergantung pada sumber daya manusia dalam semua aspek agar bisa berjalan secara efektif.¹¹ Tenaga kesehatan dengan jumlah dan kualitas yang memadai

⁹ Pasal 12 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

¹⁰ Pasal 13 ayat 1 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

¹¹ Campbell, J., Dussault, G., Buchan, J., et al. *A Universal Truth: No Health Without A Workforce*. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife,

sangat penting untuk mencapai indikator kesehatan yang optimal karena secara langsung mempengaruhi kualitas layanan kesehatan yang diberikan.¹²

Hal tersebut menjadi tantangan tersendiri bagi Indonesia. Secara nasional, ketersediaan tenaga kesehatan Indonesia masih sangat rendah, lebih rendah dari standar *WHO* dan rata-rata Asia Tenggara. Hanya terdapat 0,62 dokter per 1.000 penduduk dibandingkan dengan 1,0 per 1.000, sesuai standar *WHO*. Jumlah dokter spesialis lebih rendah, hanya terdapat 0,12 dokter spesialis per 1.000 penduduk dibandingkan dengan median Asia Tenggara di 0,20/1.000 penduduk.

Berdasarkan data dari Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK), di tahun 2020 masih terdapat 6,9% puskesmas tanpa dokter. Provinsi dengan persentase Puskesmas tanpa dokter tertinggi berdasarkan gambar 2.7 adalah provinsi Papua (48,18%), diikuti oleh provinsi Papua Barat (42,07%) dan provinsi Maluku (23,45%). Sedangkan provinsi dimana tidak ada Puskesmas tanpa dokter di wilayahnya (0%) adalah Provinsi Bali, Provinsi DI Yogyakarta, Provinsi Jawa Tengah, Provinsi DKI Jakarta, dan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Kondisi yang dihadapi Indonesia tersebut sebenarnya dialami juga oleh negara lain. Hampir semua negara tanpa melihat tingkat perkembangan sosial-ekonomi, menghadapi masalah dalam distribusi tenaga kesehatan seperti kesulitan dalam pendidikan dan pelatihan, penempatan, retensi, dan kinerjanya.¹³ Estimasi yang dikeluarkan oleh *WHO* menyatakan untuk mencapai 12 (dua belas) indikator kesehatan masyarakat¹⁴ memerlukan rasio minimum tenaga kesehatan sebesar

Brazil. Geneva, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. 2013.

¹² Ghosh, S. *Equity in the Utilization of Healthcare Services in India: Evidence from National Sample Survey*. International Journal of Health Policy and Management, 2, 29. 2014.

¹³ WHO, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, Geneva: WHO Press, 2016

¹⁴ meliputi keluarga berencana, cakupan perawatan antenatal (ANC), persalinan oleh tenaga kesehatan, imunisasi difteri-pertusis-tetanus 3 (DPT 3), kebiasaan merokok tembakau, air minum, sanitasi, terapi antiretroviral, pengobatan tuberkulosis,

4,45 (dokter, perawat, dan bidan) per 1000 penduduk. Secara global, dunia mengalami kekurangan tenaga kesehatan, di mana pada 2013 diperkirakan terdapat kekurangan sekitar 17,4 juta, yaitu hampir 2,6 juta adalah dokter, sekitar 9 juta adalah perawat dan bidan, dan sisanya tenaga kesehatan lainnya. Asia Tenggara mengalami kekurangan kebutuhan tenaga kesehatan sebesar 6,9 juta dan Afrika sebesar 4,2 juta.¹⁵

Bangsa Indonesia tengah mengalami bonus demografi, di mana populasi usia produktif melampaui usia nonproduktif dengan persentase 68%. Bonus demografi merupakan pisau bermata dua, apabila berhasil maka akan negara maju, namun di sisi lain ada ancaman penuaan populasi (*ageing-population*) jika tidak bisa melewati era bonus demografi. Penuaan populasi (*ageing-population*) telah dialami oleh banyak negara maju seperti di Jepang dan Jerman. Lansia yang ketika usia produktif tidak melakukan hal yang produktif, tidak punya tabungan dan lainnya, akan membebani negara dan masyarakat.

Menyambut bonus demografi tersebut, Indonesia dituntut untuk memaksimalkan kontribusi bonus demografi untuk mencapai target perkembangan *GDP* 8% per tahun. Negara butuh meningkatkan produktivitas sampai dengan 40%, dan peningkatan tersebut hanya bisa dicapai dengan kontribusi efisiensi sistem kesehatan. Namun, tantangan terbesar dalam pencapaian pembangunan kesehatan nasional terjadi pada tahun 2020 dimana kesehatan mengalami disrupsi besar-besaran dalam skala global dengan adanya pandemi *COVID-19*.

COVID-19 muncul sebagai wabah telah menguncang seluruh tatanan masyarakat dan memberi beban tambahan dalam peningkatan kualitas kesehatan masyarakat yang berdampak dengan memaksa pemerintah, tidak hanya di Indonesia namun dunia untuk

operasi katarak, diabetes, dan pengobatan hipertensi sebagai indikator kesehatan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan *Universal Health Coverage* (UHC).

¹⁵ Ibid.

menyesuaikan kebijakan yang berdampak pada pembangunan konsep perubahan cara hidup masyarakat. Hal ini memberi pembelajaran pentingnya kesiapsiagaan sistem kesehatan dengan kemampuan tanggap akan kegawatdaruratan kesehatan masyarakat, dimana ditemukan penyakit infeksi baru pada manusia yang disebabkan dengan hubungan interaksi yang dilakukan antara manusia dengan lingkungan termasuk didalamnya hewan. Indonesia sebagai negara dengan jumlah penduduk yang besar dan juga dipengaruhi dengan wilayah geografis yang luas memberikan kesempatan terbuka lebar atas pemindahan dari dalam negeri atau antar negara yang berdampak pada masuknya penyakit baru. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan dalam menangani Pandemi *COVID-19* menjadi prioritas utama tanpa melupakan pelayanan kesehatan esensial lainnya yang tetap harus tetap berjalan.

Walaupun, terjadi peningkatan total anggaran kesehatan pada tahun 2020, dengan sebagian besar diperuntukkan pada penanganan pandemi, sehingga berdampak dengan penurunan anggaran berbagai program dan kegiatan rutin maupun pengembangan program lainnya, bahkan pada pelayanan esensial lebih terdampak akibat pembatasan sosial serta stigma masyarakat terkait penularan *COVID-19*. Pembatasan sosial hingga *lock-down* di mana negara berdampak pada kegiatan ekspor impor maupun produksi lokal maupun global yang berakibat pada kelangkaan dan mahalanya bahan dan barang esensial termasuk obat serta alat pelindung diri yang diperlukan dalam penanganan pandemi maupun program rutin. Ketergantungan yang tinggi pada produksi maupun bahan baku impor untuk kebutuhan esensial memperburuk dampak pandemi terhadap sistem kesehatan.

Berdasarkan pengalaman tersebut, Pemerintah perlu membuka peluang seluas-luasnya untuk keterlibatan swasta dengan memberikan insentif untuk berinvestasi pada fasilitas dan alat kesehatan, serta tenaganya dalam rangka memperluas ruang fiskal. Perbedaan dalam sistem pelayanan kesehatan yang substansial pada perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia dengan

menampilkan kondisi kronik maldistribusi sumber daya kesehatan yang ada sebelum pandemi global ini menghantam Indonesia di awal tahun 2020, sehingga memperburuk dampak pandemi terhadap seluruh komponen sistem kesehatan, termasuk dalam akses pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Sistem rujukan, sistem informasi, surveilans, dan pemenuhan standar fasilitas kesehatan yang lemah menjadi demikian jelas dan memperburuk kondisi yang ada. Perbedaan geografis, demografis, sosial dan ekonomi, merupakan kondisi rentan bencana hampir pada seluruh area di Indonesia yang berperan memperdalam jarak perbedaan sistem kesehatan yang berdampak luas terhadap akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang berujung pada disparitas output kesehatan.

Krisis Kesehatan Masyarakat terjadi pada perkembangan pembangunan kesehatan, dengan jumlah populasi terbesar keempat di dunia dan tantangan geografis, serta desentralisasi dengan disparitas yang tinggi, krisis kesehatan masyarakat di Indonesia jauh lebih terdampak secara substansial. Fungsi kesehatan masyarakat yang ada telah gagal untuk secara cepat mengidentifikasi dan mengendalikan penyebaran virus baru *COVID-19* ini.

Sejak awal jumlah tes yang dilakukan rendah, surveilans dan pelacakan yang lemah, tenaga yang kurang terlatih, ketidaktersediaan alat pelindung diri dan obat-obatan serta barang habis pakai, rendahnya tingkat kepatuhan masyarakat dalam menerapkan protokol kesehatan 3M, serta lambatnya sosialisasi, di samping cepatnya perubahan panduan teknis penanganan dan pengendalian pandemi, yang kemudian mencerminkan begitu kompleksnya krisis kesehatan masyarakat ini. Dengan keterbatasan kemampuan layanan berbagai laboratorium kesehatan masyarakat, diperlukan berbagai penguatan laboratorium di pelayanan tingkat dasar, kabupaten/kota, provinsi bahkan tingkat nasional, baik dari segi manajerial maupun operasional untuk memastikan faktor risiko penyakit. Pembatasan social diterapkan bertujuan menurunkan potensi penularan *COVID-19* ini

ternyata juga mempunyai dampak terhadap kesehatan selain dampak sosial ekonomi.

Dampak pandemi *COVID-19* terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan esensial seperti pelayanan kesehatan ibu dan anak, gizi, *TB/HIV*, dan lainnya dialami bukan saja di Indonesia, namun juga secara global, lebih lanjut, diprediksi akan memperlambat pencapaian *SDGs*. Penyebab lain terjadinya disrupsi pelayanan kesehatan esensial ini termasuk stigma masyarakat terhadap potensi penularan *COVID-19*, banyak fasilitas kesehatan yang kemudian dijadikan tempat perawatan *COVID-19*, penutupan pelayanan kesehatan oleh otoritas setempat sebagai strategi pencegahan, minimnya sumber daya, terutama alat pelindung diri dan tenaga kesehatan karena sebagian besar diarahkan untuk penanganan pandemi.

Outcome pada sektor kesehatan masih rendah, sehingga masih sering terjadi ketidaktersediaan obat dan bahan habis pakai di pelayanan garis depan, termasuk kekurangan peralatan dan pelatihan yang diperlukan untuk memberikan layanan yang berkualitas.

Penguatan kinerja sektor kesehatan akan memastikan nilai manfaat pendanaan yang membutuhkan penguatan tata kelola dan akuntabilitas, mengurangi fragmentasi keuangan dan kelembagaan, serta memperkenalkan mekanisme penyediaan pelayanan berbasis kinerja yang lebih baik. Untuk mencapai tujuan cakupan kesehatan di Indonesia, maka Pemerintah Pusat dan pemerintahan daerah perlu membelanjakan lebih besar namun juga lebih baik di bidang kesehatan. Pencapaian cakupan *UHC* melibatkan seluruh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berkualitas yang dibutuhkan, tanpa mengalami kesulitan biaya karena *UHC* merupakan prioritas kebijakan sub-nasional, nasional dan global.

COVID-19 menempatkan penguatan pelayanan kesehatan sebagai agenda prioritas utama. Masyarakat lebih peduli dan menyadari pentingnya pelayanan kesehatan; lembaga dan organisasi juga memahami pentingnya menjaga kesehatan dan keamanan tenaga

kerja mereka. Pandemi *COVID-19* menunjukkan pentingnya penguatan ketahanan sistem kesehatan sengan menemukan dan menyadari adanya kesenjangan sistemik yang perlu diperbaiki dalam peningkatan kemampuan sistem kesehatan dan sistem ketahanan kesehatan.

Dalam pidato kenegaraan yang disampaikan oleh Presiden Joko Widodo pada penyampaian keterangan RAPBN 2022 tanggal 16 Agustus 2021 di Gedung MPR/DPR/DPD, redistribusi tenaga kesehatan melalui penguatan pendidikan dan penempatan Tenaga Kesehatan menjadi salah satu agenda yang menjadi fokus Pemerintah Pusat di samping membenahi fasilitas layanan kesehatan dari hulu hingga hilir, dari level pusat hingga level daerah, transformasi layanan primer, layanan rujukan, peningkatan ketahanan kesehatan, peningkatan kualitas dan, serta pengembangan teknologi informasi dalam layanan kesehatan.¹⁶

Arahan tersebut diterjemahkan menjadi transformasi kesehatan yang terdiri atas transformasi layanan primer, transformasi layanan sekunder, transformasi sistem ketahanan kesehatan, transformasi pembiayaan kesehatan, transformasi sumber daya manusia kesehatan, dan transformasi teknologi kesehatan. Transformasi sumber daya manusia kesehatan merupakan hal yang esensial, dan apabila sumber daya manusia, dalam hal ini Tenaga Kesehatan, yang memadai secara kuantitas dan kualitas tidak dapat terpenuhi, maka transformasi kesehatan tidak akan dapat diwujudkan secara optimal.

Jawaban atas tantangan reformasi sistem kesehatan nasional, oleh Kementerian Kesehatan selanjutnya diinterpretasikan menjadi transformasi kesehatan yang dibutuhkan berdasarkan pada berbagai kesempatan, yaitu perluasan kebutuhan penggunaan teknologi digital dalam berbagai sektor layanan termasuk kesehatan di dalamnya; terbiasanya masyarakat untuk mudah berubah dan akan menuntut perubahan jika merasa perlu adanya perbaikan layanan kualitas

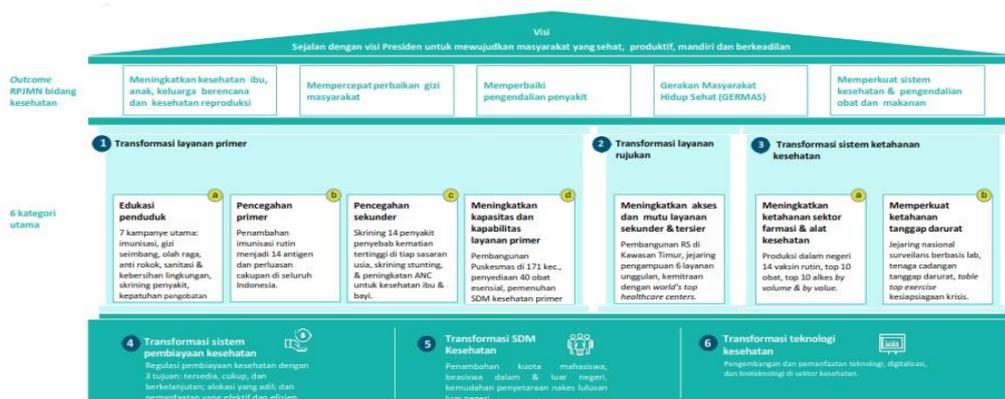
¹⁶ Lampiran Pidato Presiden Republik Indonesia dalam rangka HUT RI Ke-76 RI, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional, 2021.

layanan umum; dan target perluasan layanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan yang mencapai 90% dari populasi dengan perluasan target cakupan Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang mencapai 112,9 juta jiwa pada tahun 2024¹⁷.

Berdasarkan perkembangan pembangunan kesehatan dan pembelajaran atas pandemi COVID-19, diperlukan penguatan sistem kesehatan melalui transformasi kesehatan yang meliputi pelayanan primer, pelayanan rujukan, ketahanan kesehatan, pendanaan kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan, dan Teknologi kesehatan. Transformasi kesehatan mencakup pada enam (6) pilar atau prinsip yang menjadi bentuk dalam mengartikan reformasi pada sistem kesehatan nasional tersebut.

Cakupan dalam transformasi teknologi kesehatan, yaitu: integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan; integrasi dan pengembangan sistem aplikasi kesehatan; dan pengembangan ekosistem teknologi kesehatan yaitu kebijakan berupa regulasi yang mendukung, memberikan kemudahan, pendampingan, pembinaan serta pengawasan yang memudahkan dalam proses pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkelanjutan disertakan dengan peningkatan tata Kelola dan kebijakan kesehatan.

Gambar 1.1 Pilar Transformasi Kesehatan



Sumber: Kementerian Kesehatan 2022

¹⁷ Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Peraturan Perundang-undangan tentang kesehatan yang eksisting saat ini juga perlu dilakukan penyederhanaan dengan metode *Omnibus Law*. Hal ini menjadi jawaban dalam transformasi regulasi yang bertujuan dapat menyederhanakan pengaturan terkait kesehatan sebagai terobosan hukum dalam peningkatan ekonomi melalui metode *omnibus law* karena banyaknya regulasi di Indonesia, yang apabila diubah satu persatu akan membutuhkan waktu Panjang. Melalui metode *omnibus law*, yaitu metode yang akan mengubah beberapa undang-undang dengan membentuk satu undang-undang baru yang kemudian diusulkan dengan memasukkan dalam agenda prioritas pemerintahan maka dapat diartikan *Omnibus Law* terkait dengan berurusan dengan berbagai obyek termasuk banyak hal atau memiliki berbagai tujuan.

Apabila digabungkan dengan kata *law* maka dapat dideskripsikan sebagai hukum untuk semua atau yang disebut dengan undang-undang “sapu jagat”¹⁸. Tujuan penggunaan *Omnibus Law*, yaitu 1. Menghilangkan tumpang tindih antar peraturan perundang-undangan; 2. Efisiensi proses perubahan atau pencabutan peraturan perundang-undangan; 3. Menghilangkan ego sektoral yang mengandung dalam berbagai peraturan perundang-undangan¹⁹. Hal ini tentu harus dilaksanakan sesuai atau selaras dengan Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Berdasarkan berbagai permasalahan dalam bidang Kesehatan tersebut maka perlu dilakukan penyusunan Naskah Akademik RUU

¹⁸ Firman Freaddy Busroh, *Konseptualisasi Omnibus Law dalam Menyelesaikan Permasalahan Regulasi Pertanahan*, (2017) Vol.10(2) Jurnal Arena Hukum 242

¹⁹ Komnas HAM, *Komnas HAM: Penyusunan Omnibus Law Tidak Akuntabel dan Partisipatif*, 2020. Diakses dari <https://www.komnasham.go.id>, pada tanggal 11 Juli 2022.

tentang Kesehatan. Dengan berpedoman pada asas kepastian hukum, kemanfaatan, keadilan, dan dengan memperhatikan kebutuhan pembangunan di bidang kesehatan, maka perlu disusun Naskah Akademik RUU tentang Kesehatan dimaksud. Saat ini Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR RI) telah menjadikan RUU tentang Kesehatan masuk dalam Program Legislasi Nasional Prioritas Tahun 2023.²⁰ Penyusunan Naskah Akademik RUU tentang Kesehatan merupakan bagian dalam proses penyusunan RUU tentang Kesehatan tersebut. RUU tentang Kesehatan²¹ diharapkan mampu mengatasi permasalahan di bidang Kesehatan dan memenuhi kebutuhan hukum masyarakat.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, terdapat beberapa permasalahan yang dapat diidentifikasi untuk kebutuhan penyusunan Naskah Akademik ini yaitu:

1. Bagaimana perkembangan teori terkait di bidang Kesehatan serta bagaimana praktik empiris di bidang Kesehatan?
2. Bagaimana peraturan perundang-undangan yang terkait dengan bidang Kesehatan saat ini?
3. Apa yang menjadi pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis dari pembentukan RUU tentang Kesehatan?
4. Apa yang menjadi sasaran, jangkauan, arah pengaturan, dan materi muatan yang perlu diatur dalam RUU tentang Kesehatan?

C. Tujuan dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik

Sesuai dengan identifikasi masalah yang dikemukakan di atas, tujuan penyusunan Naskah Akademik RUU tentang Kesehatan yaitu sebagai berikut:

²⁰ Lihat angka 18 Keputusan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia Nomor:11/DPR/II/2022-2023 tentang Program Legislasi Nasional Rancangan Undang-Undang Prioritas Tahun 2023.

1. mengetahui perkembangan teori terkait di bidang Kesehatan serta bagaimana praktik empiris di bidang Kesehatan?
2. mengetahui kondisi dan korelasi peraturan perundang-undangan yang terkait di bidang Kesehatan saat ini?
3. merumuskan pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis dari penyusunan RUU tentang Kesehatan?
4. merumuskan sasaran, jangkauan, arah pengaturan, dan materi muatan yang perlu diatur dalam RUU tentang Kesehatan?

Adapun kegunaan penyusunan Naskah Akademik RUU tentang Kesehatan ini adalah sebagai acuan atau referensi penyusunan dan pembahasan RUU tentang Kesehatan.

D. Metode

Dalam penyusunan Naskah Akademik ini, dilakukan penelitian dengan menggunakan metode pendekatan yuridis normatif. Metode ini dilakukan melalui studi kepustakaan yang menelaah data sekunder, berupa bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier²². Studi kepustakaan/literatur dilakukan dengan menelaah berbagai data sekunder seperti peraturan perundang-undangan terkait, baik di tingkat undang-undang maupun peraturan pelaksanaannya dan berbagai dokumen hukum terkait.

Guna melengkapi studi kepustakaan dan literatur, dilakukan pula diskusi dan pengumpulan data dengan mengundang atau mengunjungi berbagai pihak berkepentingan atau *stakeholders* terkait. Adapun studi kepustakaan dilakukan dengan mengumpulkan data dalam penelitian kepustakaan dengan menggunakan studi dokumen dengan perolehan sumber data dari:

1. Bahan Hukum Primer, yaitu bahan hukum yang mengikat berupa UUD Negara Republik Indonesia 1945, Peraturan Perundang-undangan dan dokumen hukum lain yang berkaitan dengan

²² Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum*, Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2005, hlm. 93.

kesehatan secara umum dan dengan penyelenggaraan kesehatan secara khusus selama ini.

2. Bahan Hukum Sekunder, yaitu penjelasan atas bahan hukum primer seperti hasil penelitian, pengkajian, serta rujukan lainnya yang berkaitan dengan masalah yang diidentifikasi.

Metode yuridis normatif dilengkapi dengan pelaksanaan diskusi yaitu *focus group discussion*, dan rapat dengan *stakeholders* terkait dalam rangka mempertajam kajian dan analisis. Di samping itu, dilakukan pendekatan komparatif dengan membandingkan secara substansif pengaturan dan penyelenggaraan kesehatan di Indonesia dan negara lain. Pengolahan data dilakukan secara kualitatif. Bahan hukum tertulis yang telah terkumpul kemudian disusun secara sistematis menjadi dokumen naskah akademik yang dapat menjawab permasalahan yang diajukan.

BAB II

KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoretis

1. Sistem Kesehatan

WHO mendefinisikan sistem kesehatan dengan melibatkan semua orang sebagai individu maupun seluruh organisasi yang fokus utamanya pada promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kesehatan. Tujuannya adalah peningkatan dan pemerataan kesehatan dengan cara responsif, adil secara keuangan, serta memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara efisien²³. Komponen individu dalam sistem kesehatan menggunakan kerangka aksi *WHO* yang digambarkan dengan 6 (enam) kotak bangunan sistem kesehatan yang disatukan menjadi sistem yang lengkap. Dalam kerangka aksi tersebut menjadi bentuk yang sesuai dalam pemanfaatan sistem kesehatan dan pemahaman dampak pendanaan kesehatan atas intervensi pendanaan yang terkumpul. Kotak bangunan sistem kesehatan, terdiri atas:

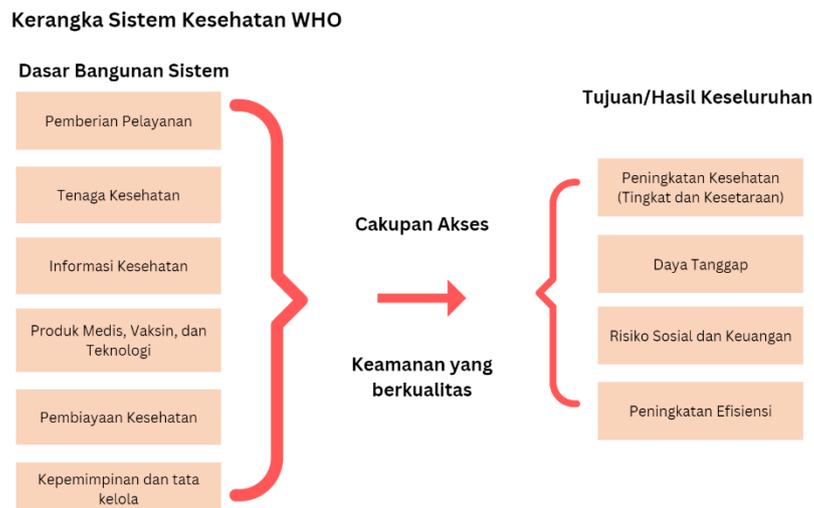
- a. Pemberian pelayanan, termasuk pemberian pelayan kesehatan oleh tenaga kesehatan dan non kesehatan yang efektif, aman, dan berkualitas yang diberikan kepada mereka yang membutuhkan, kapan dan dimana pelayanan tersebut dibutuhkan termasuk didalamnya infrasturktur dengan meminimalisir sumber daya yang terbuang;
- b. Tenaga Kesehatan, yang responsif, adil dan efisien dengan ketersediaan sumber daya dengan jumlah yang cukup;
- c. Informasi Kesehatan, dengan memastikan produksi, analisis, diseminasi, dan penggunaan informasi yang tepat dan mutakhir pada faktor-faktor determinan kesehatan, pelaksanaan sitem kesehatan, dan status kesehatan.

²³ World Health Organization. *System Thinking for Health Systems Strengthening*. WHO: Geneva. 2009.

- d. Teknologi kesehatan, meliputi produk medis, vaksin dan teknologi lain yang berkualitas, terjamin keamanan, efikasi, dan biaya yang efektif.
- e. Pembiayaan Kesehatan mengumpulkan dana yang memadai untuk kesehatan dengan cara yang pasti dapat digunakan pada layanan yang dibutuhkan dan perlindungan dari bencana dan kemiskinan.
- f. Kepemimpinan dan tata kelola, memastikan kerangka kebijakan strategis yang dikombinasikan dengan pengawasan yang efektif, pembangunan yang akuntabilitas, regulasi, dan desain sistem.

Kotak bangunan bukan merupakan suatu sistem, tetapi perlu ada hubungan dan interaksi diantara kotak bangunan yang saling mempengaruhi dan dipengaruhi, sehingga sistem kesehatan dapat dipahami dengan menggunakan pengaturan dan interaksi bagian-bagian dan memungkinkan sistem untuk mencapai tujuan yang dirancang, yang kemudian ditampilkan dalam gambar berikut:

Gambar 2. 1 Dasar Bangunan Sistem Kesehatan: Tujuan dan Atribut



Sumber: Health Systems Strengthening (WHO).

Sistem Kesehatan sebagai sistem makro dengan fokus pada interaksi di antara unsur bagian, dengan membangun interaksi secara dinamis, sinergis dan pergerakan dalam subsistem sehingga secara keseluruhan sistem yang tercakup didalamnya berhubungan

dengan sistem yang lebih besar, dan sistem kesehatan digunakan sebagai pelayanan pengiriman yang kemudian menjadi bagian sistem rumah sakit dan juga sistem laboratorium dan diantara kesemuanya saling bersinergi dan berinteraksi dalam kotak bangunan sistem Kesehatan.

Sumber Daya Manusia sebagai fokus bukan hanya sebagai pusat sistem namun juga sebagai pelaku yang mengendalikan sistem tersebut, dengan posisinya sebagai individu, anggota masyarakat dan pemangku kepentingan dan juga pelaku kunci yang akan mempengaruhi setiap kotak bangunan, Penempatan Sumber Daya sesuai dengan *WHO* yang memperbaharui komitmen dengan prinsip dan nilai dalam pemberian pelayanan Kesehatan primer yang berkeadilan sosial dan juga ikut serta dalam Kerjasama lintas sektoral yang kemudian digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2. 2 Hubungan Dinamis kotak bangunan dalam Sistem Kesehatan



Sumber: Health Systems Strengthening (WHO).

Sistem kesehatan bertujuan untuk merespons kebutuhan dan harapan yang dimiliki masyarakat dalam pemenuhan pelayanan kesehatan yang adil dan merata. Cakupan sistem kesehatan meliputi perseorangan, masyarakat, lembaga, informasi,

pendanaan dan strategi tata pemerintahan dalam memberikan layanan pencegahan dan pengobatan kepada masyarakat. WHO mengidentifikasi 6 (enam) unsur yang diperlukan dalam menetapkan, mempertahankan, dan memperkuat dalam sistem kesehatan.

2. Integrasi Program Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat memberikan manfaat dengan melakukan kolaborasi dengan pelayanan kesehatan yang bertujuan sebagai upaya peningkatan kesehatan masyarakat menuju perawatan primer menjadi maju, dengan melakukan integrasi satu sama lain. Kesehatan perseorangan dan masyarakat tidak dapat dipisahkan dengan konsep baru untuk kesehatan masyarakat dan integrasi layanan primer yang menempatkan kesehatan masyarakat pusat menjadi transformasi dan berdampak pada hasil kesehatan dengan dukungan komunikasi yang konsisten, memfasilitasi layanan dan fleksibilitas tenaga kesehatan dan memanfaatkan keseimbangan antara kelebihan dan kekurangan setiap kolaborasi yang melibatkan Puskesmas dan masyarakat dengan perilaku kesehatan masyarakat sebagai perlindungan kesehatan yang memperkuat pelayanan kesehatan jiwa²⁴.

Integrasi kesehatan primer²⁵ dan kesehatan masyarakat²⁶ mencakup berbagai kegiatan, termasuk keterlibatan dan partisipasi masyarakat, promosi kesehatan, pendidikan kesehatan, kegiatan pencegahan, manajemen penyakit kronis, skrining, imunisasi dan pengendalian penyakit menular, kegiatan sistem informasi,

²⁴ Tener Goodwin Veenema, et al. *Integrating Primary Care and Public Health to Save Lives and Improve Practice During Public Health Crises: Lessons from COVID-19*. Baltimore: John Hopkins Center for Health Security. 2021.

²⁵ Félix-Bortolotti. *Unravelling primary health care conceptual predicaments through the lenses of complexity and political economy: a position paper for progressive transformation*. 2009; Boerma & Kringos. *Introduction, in: Kringos DS et al. (eds) Building primary care in a changing Europe*. 2015

²⁶ Ancheson D. *Public Health in England: The Report of Committee into the Future Development of Public Health Function*. London, HMSO. 1988; Bjorn Jensen, Lukic & Gulis, *The delivery of health promotion and environmental health services: public health or primary care settings? Healthcare (Basel)*. 2018.

pengembangan terbaik pedoman praktik, melakukan penilaian kebutuhan, penjaminan dan evaluasi mutu, dan pendidikan profesi²⁷. Contoh intervensi yang mempromosikan integrasi yang ditingkatkan yang diidentifikasi dalam lima kategori besar yang mengikuti model Kolaborasi Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat, yaitu:

- a. Mengoordinasikan layanan kesehatan perseorangan, menjadi strategi dalam melakukan promosi yang melibatkan kerjasama di antara sektoral antara perawatan klinis dan kesehatan masyarakat. Dalam pelaksanaan koordinasi, dilakukan kegiatan yaitu pencegahan, diagnose dan pengobatan dan rehabilitasi yang kemudian secara paralel dilakukan konsultasi; peserta layanan kesehatan diberikan layanan dukungan sebagai latihan pemulihan; dan dibangun pusat rehabilitasi dalam satu atap yang berbasis masyarakat pada satu tempat.
- b. Menerapkan perspektif populasi untuk praktik klinis, yaitu dengan menggunakan dan berbagi informasi kesehatan yang berbasis populasi seperti terkait dengan masalah kesehatan, risiko kesehatan dalam masyarakat dan tindakan pencegahan bagi kelompok masyarakat; penggunaan strategi berbasis populasi seperti skrining permasalahan kesehatan masyarakat luas dengan penemuan kasus dan program yang mengarahkan pada perawatan; dan penggunaan alat yang berbasis seperti epidemiologi klinis, penilaian risiko, analisis efektivitas pendanaan sebagai peningkatan manajemen praktik layanan dengan menginformasikan regulasi pada penyediaan layanan dan juga yang mendukung peningkatan kompetensi tenaga kesehatan.

²⁷ Martin-Misener R et al. *A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. Primary Health Care Research & Development*, 2012. 13(4):327–346.

- c. Mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat, dengan melibatkan data yang diperoleh dalam layanan primer yang mendukung kesehatan masyarakat, dengan kegiatan yang mencakup pada pelaksanaan penilaian kesehatan masyarakat untuk memfasilitasi perencanaan dan pengembangan kesehatan dan layanan dan memastikan pelaksanaan program kesehatan dan layanan rujukan yang dibutuhkan masyarakat; menggunakan pertemuan klinis dan data bersama untuk membangun basis data komunitas dan menggunakan peluang untuk melakukan identifikasi penyebab permasalahan kesehatan, seperti faktor risiko sosial dan perilakunya serta upaya penanganannya, melalui konsultasi atas pelaksanaan program kesehatan.
- d. Memperkuat promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, dengan mengadopsi pendekatan berbasis populasi dan memperkuat promosi dan pencegahan penyakit melalui pelatihan pola perilaku hidup sehat atas risiko dan masalah lingkungan, melaksanakan sosialisasi regulasi terkait Kesehatan, upaya target pelaksanaan peningkatan kesehatan masyarakat.
- e. Berkolaborasi seputar kebijakan, pelatihan, dan penelitian, dengan kebijakan sistem kesehatan yang dilibatkan dalam Pendidikan lintas sektoral dan pelatihan serta penelitian kesehatan atas penanganan dan pencegahan permasalahan situasi kedaruratan/krisis²⁸.

Dalam menghadapi pandemi *COVID-19* yang dialami pada kesehatan masyarakat dengan melakukan *testing, tracing, tracking* dan pengawasan yang dilakukan dengan cara komunikasi tradisional atas fungsi kesehatan masyarakat melalui kegiatan

²⁸ Lasker R et al. *Medicine & Public Health: The power of collaboration*. New York, Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health, The New York Academy of Medicine. 1997. Diakses dari <https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/medicine-amp-public-health-the-power-of-collaboration> pada 11 Juli 2022

vaksinasi berkala dan skrining penyakit. Namun pada saat yang bersamaan, beberapa faktor sosial dan tenaga kesehatan serta adaptasi operasional layanan mempengaruhi kapasitas dan kemampuan pelayanan primer untuk pemenuhan tuntutan tambahan akibat pandemic COVID-19, seperti pada praktik pelayanan kedokteran pada klinik rawat jalan yang berbasis Rumah Sakit beralih menjadi virtual atau telemedisin sebagai sarana pemberian perawatan, namun tenaga medis dan tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab atas penyediaan pelayanan kesehatan yang mempertimbangkan kesehatan masyarakat sehingga hubungan di antara komunitas sebelum dan masa pandemi tetap memberikan pelayanan yang optimal²⁹.

3. Transformasi Kesehatan

Dalam penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan, Pemerintah Pusat dan pemerintahan daerah memiliki peran dalam empat aspek, yaitu pengaturan, pembinaan, pelaksanaan dan pengawasan. Keempat aspek tersebut dijalankan secara harmonis dan saling mendukung dalam proses pelaksanaan pembangunan. Lebih lanjut, semenjak adanya desentralisasi, pemerintah pusat memiliki peran *steering* yang cukup besar dibandingkan *rowing*, yang memiliki arti berupa peran pengaturan, pembinaan, dan pengawasan merupakan porsi terbesar dalam tugas dan fungsi pemerintah pusat dibandingkan dengan peran pelaksanaan yang merupakan peran terbesar pemerintah daerah.

Selain itu, menyadari bahwa urusan kesehatan merupakan urusan lintas sektor dan lintas pemangku kepentingan, maka Kementerian Kesehatan juga memiliki tugas dan fungsi untuk menjamin keseimbangan berbagai pihak yang terlibat, menyusun

²⁹ Tener Goodwin Veenema, et al. *Integrating Primary Care and Public Health to Save Lives and Improve Practice During Public Health Crises: Lessons from COVID-19*. Baltimore: John Hopkins Center for Health Security. 2021.

aturan dan mengevaluasi proses pelaksanaannya melalui peran pengaturan, pembinaan, dan pengawasan.

Dengan demikian, kerangka regulasi yang merupakan suatu kerangka untuk mengatur pola dan tata cara serta unsur pendukung terkait pelaksanaan pembangunan tersebut merupakan hal yang utama pada konteks ini. Regulasi atau yang disebut dengan peraturan perundang-undangan pada dasarnya merupakan acuan dalam bertindak, baik bagi penyelenggara negara maupun bagi masyarakat, termasuk di bidang kesehatan.

Peraturan perundang-undangan selayaknya dirumuskan dengan jelas, tegas, sinkron, dan konsisten sehingga mudah dipahami dan diimplementasikan. Peraturan perundang-undangan yang dibentuk juga sebaiknya sesuai dengan kebutuhan masyarakat atau berlaku efektif dan efisien serta memprioritaskan kualitas dibandingkan kuantitas. Hal ini dimaksudkan untuk tidak menyulitkan setiap pihak dalam pemahaman dan mematuhiinya sehingga dapat dilakukan simplifikasi terhadap peraturan yang telah ada. Hanya dengan peraturan perundang-undangan yang baik dan berkualitas, maka kepastian hukum dapat terwujud sehingga mampu membangun keteraturan hukum yang kondusif bagi pencapaian kehidupan berbangsa dan bernegara yang lebih baik.

Semakin banyaknya peraturan perundang-undangan yang dibentuk, dalam perjalanannya ditemukan beberapa peraturan perundang-undangan yang tumpang tindih yang dalam hal ini mengidentifikasi belum harmonis, efektif dan efisiennya sebagian peraturan perundang-undangan yang ada.

Beberapa permasalahan juga ditemui dalam implementasi peraturan perundang-undangan antara lain terdapat konflik, multi-tafsir, inkonsisten, dan tidak operasional baik dengan peraturan yang setingkat maupun dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Untuk meminimalisir permasalahan tersebut perlu dilakukan pembenahan antara lain melakukan

kajian sebelum menyusun peraturan perundang-undangan, penguatan partisipasi pemangku kepentingan atau uji publik, melakukan simplifikasi dan penyaringan kelayakan. Selain itu, peraturan perundang-undangan yang telah disusun perlu dilakukan penyebarluasan agar peraturan perundang-undangan tersebut dapat mampu laksana dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang berkeadilan sosial.

Regulasi bidang kesehatan dibutuhkan dalam upaya mencapai sasaran strategis penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan bidang kesehatan yang sejalan dengan visi misi Presiden. Urusan pemerintahan dan/atau prioritas pembangunan bidang kesehatan yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan diwujudkan dalam bentuk program dan pelayanan bidang kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan regulasi yang memadai sehingga pelaksanaan kegiatan dapat berjalan dengan baik.

Kepastian hukum semakin penting untuk diwujudkan dalam rangka mengatur dinamika dan perilaku sosial dalam berbagai kegiatan termasuk penyelenggaraan negara dan pembangunan. Di bidang kesehatan kepastian hukum sangat mempengaruhi mutu pelayanan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pembentukan peraturan perundang-undangan pada dasarnya dimaksudkan untuk mengatasi suatu permasalahan dalam penyelenggaraan kehidupan bernegara dan bermasyarakat, menciptakan ketertiban dan keamanan, memperbaharui perilaku masyarakat, dan untuk mengarahkan atau mendorong pelaksanaan pembangunan.

Kementerian Kesehatan mendapatkan tugas untuk menjalankan visi Presiden dalam mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan, dengan Menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 dengan *outcome* yang ingin dicapai, yaitu:

- a. Meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana, dan kesehatan reproduksi;
- b. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat;
- c. Memperbaiki pengendalian penyakit;
- d. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS); dan
- e. Memperkuat sistem kesehatan dan pendalian obat dan makanan.

Dalam melaksanakan visi RPJMN 2020-2024, Kementerian Kesehatan melakukan komitmen dengan transformasi pada sistem kesehatan, yaitu:

- 1) Transformasi Layanan Primer, yang meliputi:
 - a) Edukasi penduduk, yang mencakup (imunisasi, gizi seimbang, olah raga, anti rokok, sanitasi dan kebersihan lingkungan, skrining penyakit, kepatuhan pengobatan)
 - b) Pencegahan primer, berupa penambahan imunisasi rutin yang kini menjadi 14 (empat belas) antigen dan juga perluasan cakupan di seluruh Indonesia
 - c) Pencegahan sekunder, yaitu dengan pelaksanaan skrining pada 14 (empat belas) penyakit yang menjadi penyebab kematian tertinggi pada tiap sasaran usia, skrining stuning, dan peningkatan ANC untuk kesehatan ibu dan bayi.
 - d) Meningkatkan kapasitas dan kapabilitas layanan primer, dengan pelaksanaan pembangunan puskesmas pada 171 (seratus tujuh puluh satu) kecamatan, penyediaan 40 (empat puluh) obat esensial, dan pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan primer.
- 2) Transformasi Layanan Rujukan, yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier, dengan perwujudan berupa pembangunan Rumah Sakit di wilayah timur, selain juga membangun jejaring pengampuan 6 (enam) layanan unggulan, kemitraan dengan *world's top healthcare centers*.

- 3) Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, yang mencakup:
 - a) Meningkatkan ketahanan sektor farmasi dan alat kesehatan, berupa produksi dalam negeri yaitu 14 (empat belas) vaksin rutin, obat dan alat kesehatan dengan tingkat 10 (sepuluh) besar berdasarkan jumlah dan nilai.
 - b) Memperkuat ketahanan tanggap darurat, dengan jejaring surveilans berbasis laboratorium nasional, menyediakan tenaga cadangan tanggap darurat, dan kesiapsiagaan pada darurat krisis kesehatan.
- 4) Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, dengan pengaturan pendanaan kesehatan yang bertujuan agar tersedia, cukup dan berkelanjutan; pengalokasian yang adil dan pemanfaatan yang efektif dan efisien.
- 5) Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan, dengan penambahan kuota jumlah mahasiswa, penyediaan beasiswa baik di dalam maupun luar negeri, dan kemudahan penyetaraan tenaga medis dan tenaga kesehatan lulusan luar negeri.
- 6) Transformasi Teknologi Kesehatan, berupa pengembangan dan pemanfaatan teknologi, digitalisasi dan bioteknologi di sektor kesehatan.

Transformasi kesehatan dilakukan untuk memaksimalkan potensi pertumbuhan ekonomi Indonesia, yang berpotensi mendorong produk Domestik Bruto dengan potensi demografi informasi yang tumbuh dengan tambahan 8% per tahun, sehingga 68% populasi Indonesia akan berada pada usia produktif di antara 15-64 tahun di tahun 2030. Hal itu tidak akan tercapai tanpa didukung sistem kesehatan yang baik. Saat ini, ketersediaan tenaga kesehatan sebanyak 0,62 per 1.000 populasi, berada di bawah standar *WHO* yaitu 1 per 1.000 populasi. Layanan primer sejumlah 171 kecamatan tanpa Puskesmas, 17.000 desa/kelurahan tanpa Poskesdes atau Pustu, dan ketahanan

kesehatan dengan Indeks resiliensi biofarma kita terendah yaitu 90% bahan baku obat impor, 88% alkes impor³⁰.

4. Wabah dan Karantina Kesehatan

Teori terjadinya wabah berkembang dari waktu ke waktu. Pada awal abad ke-19 terdapat beberapa pendapat mengenai kejadian penyakit dalam skala besar di masyarakat. Pendapat pertama³¹ yang dikenal dengan teori lingkungan yang didasarkan pada teori *Hipocrates* menyatakan bahwa kejadian KLB penyakit karena kualitas air dan udara karena adanya perubahan cuaca. Pendapat kedua³² yang dituliskan oleh seorang dokter Venesia-Italia bernama *Girolamo Fracastoro* (1930) menyatakan bahwa kejadian penyakit ditularkan dari satu orang ke orang lain melalui zat penular (*transference*) yang disebut teori kontagion. Menurut teori ini sakit terjadi karena adanya proses kontak bersinggungan dengan sumber penyakit.

Berdasarkan teori kontagion inilah dimulai usaha isolasi dan karantina yang dipraktekkan oleh beberapa kota di Italia dengan melakukan karantina terhadap kapal kapal yang berlayar dan kru kapal³³, selanjutnya konsep isolasi dan karantina kemudian mempunyai peranan positif dalam usaha pencegahan penyakit menular hingga saat ini.

Penularan penyakit dapat terjadi dengan satu atau lebih cara yaitu melalui kontak (*contact*), benda umum (*common*), udara (*air borne*) atau vektor (*vector borne*). Penularan kontak dapat terjadi secara langsung, tidak langsung maupun percikan (*droplet*) yang

³⁰ Berdasarkan data transaksi alat kesehatan di tahun 2019-2020.

³¹ Greenwood M. 1933. *Epidemics and Crowd Diseases: an Introduction to the study of Epidemiology in. Epidemiology Kept Simple an introduction to the Traditional and Modern Epidemiology. Gerstman B. Burt Second Edition. 2003.*

³² Fracastoro G. *De Contagione et Contagiosis Morbis et Eorum Curatione in. Theories of Causation; Dana Loomis and Steve Wings Oxford University Press. New York. 2001.*

³³ Thomas C. James; Weber J. David. *Epidemiology Methods for the Study of Infectious Diseases. Oxford University Press. New York. 2001*

jarak kurang 1 meter. Penularan benda umum terjadi seperti melalui minuman, makanan, peralatan medis termasuk transfusi. Penularan melalui udara terjadi dalam jarak yang lebih jauh, sedangkan penularan melalui vektor terjadi melalui hewan antropoda.

Namun demikian, kebanyakan jenis penyakit menular belum diketahui dengan pasti model penularannya, padahal pemahaman terhadap transmisi dari sumber infeksi ke inang sangat penting dalam menentukan upaya pengendalian yang diterapkan.

Wabah atau pandemi yang selama ini dipahami di dunia dan juga di Indonesia merupakan permasalahan kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh penyakit, khususnya penyakit menular dan lebih khusus lagi adalah penyakit menular yang menyerang manusia dalam pengertian serius seperti menyebar dalam jumlah besar, mencakup wilayah geografis yang luas atau menimbulkan banyak kematian dan atau kecacatan

Klasifikasi terhadap situasi penyakit menular di dunia dikenal dengan istilah sebagai berikut:

- a. Endemi: keadaan dimana suatu penyakit menular muncul secara konstan pada suatu populasi dalam area geografis tertentu.
- b. Epidemik: sering disebut juga *outbreak* atau *unusual event* yang berarti terjadinya peningkatan penyakit dan atau kematian disuatu daerah/tempat tertentu dan dalam kurun waktu tertentu. Istilah ini di Indonesia disebut sebagai Kejadian Luar Biasa.
- c. Pandemi: adalah epidemik yang meluas, menyerang di beberapa negara. Di Indonesia istilah ini setara dengan sebutan wabah.

Beberapa kejadian wabah atau pandemi diantaranya pandemi penyakit influenza, pandemi penyakit kolera serta pandemi penyakit pes yang mengakibatkan korban jiwa yang sangat besar. Beberapa penyakit khususnya penyakit yang mempunyai potensi dapat menyebabkan terjadinya wabah atau pandemi, di antaranya:

- a. Penyakit tersebut dapat menular, baik dari manusia ke manusia atau dari hewan ke manusia.
- b. Penyakit tersebut mempunyai keganasan yang tinggi seperti dapat menimbulkan kematian dan atau kecacatan.
- c. Penyakit tersebut potensial menyebar dan menyerang ke wilayah yang lebih luas.

Terjadinya penyakit telah banyak dituliskan diberbagai teori, salah satu teori tersebut apa yang dikenal dengan teori segitiga epidemiologi. Pada awalnya teori ini dipahami berlaku untuk semua kejadian penyakit, namun dalam perkembangannya sebagian orang mempertanyakan apakah teori ini juga dapat berlaku untuk beberapa penyakit tidak menular, seperti penyakit cancer dan kardiovaskuler di mana untuk terjadinya penyakit ini memerlukan proses yang sangat kompleks. Akan tetapi teori segitiga epidemiologi ini hingga saat ini masih sangat relevan dengan kejadian penyakit menular di mana dalam teori ini dijelaskan bahwa untuk terjadinya suatu penyakit menular maka akan melibatkan 3 peran utama yaitu:³⁴

1) Agen

Selama ini penyakit menular agen mengacu pada mikroorganisme patogen yang dapat meng-infeksi manusia seperti virus, bakteri, parasit, atau mikroba. Untuk dapat terjadinya suatu penyakit menular maka kehadiran agen mutlak diperlukan, walaupun kehadiran agen tidak selalu akan menimbulkan suatu penyakit. Pada dasarnya dari seluruh mikro organisme yang ada di alam, hanya sebagian kecil saja yang mempunyai kemampuan untuk dapat menimbulkan penyakit. Kemampuan mikro organisme untuk dapat menimbulkan penyakit dipengaruhi tergantung kepada tingkat patogenitasnya yaitu kemampuan mikro organisme untuk menginfeksi seseorang, sedang pengertian infeksi itu

³⁴Diakses dari <https://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section8.html>, pada tanggal 11 Juli 2022.

sendiri adalah proses masuknya mikro organisme ke dalam tubuh manusia atau hewan dan selanjutnya berkembang biak. Selain patonegitas maka dalam kejadian penyakit menular yang terkait dengan agen, dikenal juga istilah virulensi atau tingkat keganasan yaitu kemampuan agen tersebut untuk menimbulkan penyakit yang serius seperti kematian dan atau kecacatan.

2) *Host* (Penjamu)

Penjamu dimaksud dalam teori segitiga epidemiologi adalah manusia atau hewan yang berpotensi di infeksi oleh agen tersebut. Mengacu pada penjamu terhadap manusia yang bisa terkena penyakit, maka berbagai faktor yang dari dalam maupun faktor dari luar yang ikut berpengaruh. Faktor-faktor yang ikut mempengaruhi tersebut sering disebut sebagai faktor risiko. Beberapa contoh faktor risiko yang ada pada penjamu untuk terjadinya penyakit diantaranya perilaku seksual, kebersihan, usia, pekerjaan dan jenis kelamin. Selain tingkat kerentanan dan respons terhadap agen dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti komposisi genetik, status gizi dan imunologi. Terkait dengan kemungkinan terjadinya wabah, manusia sebagai penjamu sebagian besar mempunyai faktor risiko tersebut maka penularan penyakit akan terjadi secara cepat dan potensi terjadinya wabah akan semakin besar.

3) *Environment* (lingkungan)

Lingkungan mengacu pada faktor ekstrinsik yang mempengaruhi agen dan kesempatan untuk paparan. Faktor lingkungan meliputi faktor fisik seperti geologi dan iklim, faktor biologis seperti serangga yang mentransmisikan agen, dan faktor sosial ekonomi seperti kepadatan, sanitasi, dan ketersediaan layanan kesehatan. Lingkungan tidak menyebabkan secara langsung terhadap kemungkinan

terjadinya wabah, namun lingkungan mempunyai peran/kontribusi yang sangat besar untuk terjadinya suatu wabah.

Dalam hal pencegahan penyakit selama ini dikenal dengan istilah lima tahap pencegahan yang dikemukakan oleh *Leavel* dan *Clark*, yaitu.³⁵

- 1) *Health Promotion* (promosi kesehatan), yaitu upaya untuk mengajak hidup sehat. Upaya ini dilakukan sejak dini, jauh sebelum manusia sakit. Upaya promosi justru mengajak untuk menghilangkan adanya faktor risiko untuk penyakit, seperti mengajak untuk rutin berolah raga, tidak merokok, menjaga kebersihan lingkungannya, dan himbauan makan makanan yang sehat bergizi dan seimbang. Bila upaya ini berhasil, maka tidak perlu ada orang yang sakit, sehingga kemungkinan terjadinya wabah dapat dihindari.
- 2) *Health Prevention* (pencegahan penyakit) adalah upaya memberikan perlindungan agar manusia tidak terpapar faktor risiko, dimana faktor risiko itu sudah ada disekitar hidupnya. Sebagai contoh adalah pemberian imunisasi dengan vaksin tertentu, melakukan pemberantasan sarang nyamuk, menghilangkan *vector* penyakit, menghilangkan makanan yang mengandung bahan berbahaya, dan mengkonsumsi air yang memenuhi standart kesehatan. Seperti halnya pada upaya promosi kesehatan, maka bila upaya pencegahan berhasil maka tidak perlu ada orang yang sakit, sehingga kemungkinan terjadinya wabah dapat dihindari.
- 3) *Early detection and prompt treatment* (penemuan dini dan penanganan penyakit). Upaya ini adalah upaya penemuan kasus suatu penyakit secara dini, selanjutnya segera dilakukan upaya penanganan terhadap penyakit sesuai dengan standar. Pada level tersebut manusia sudah sakit,

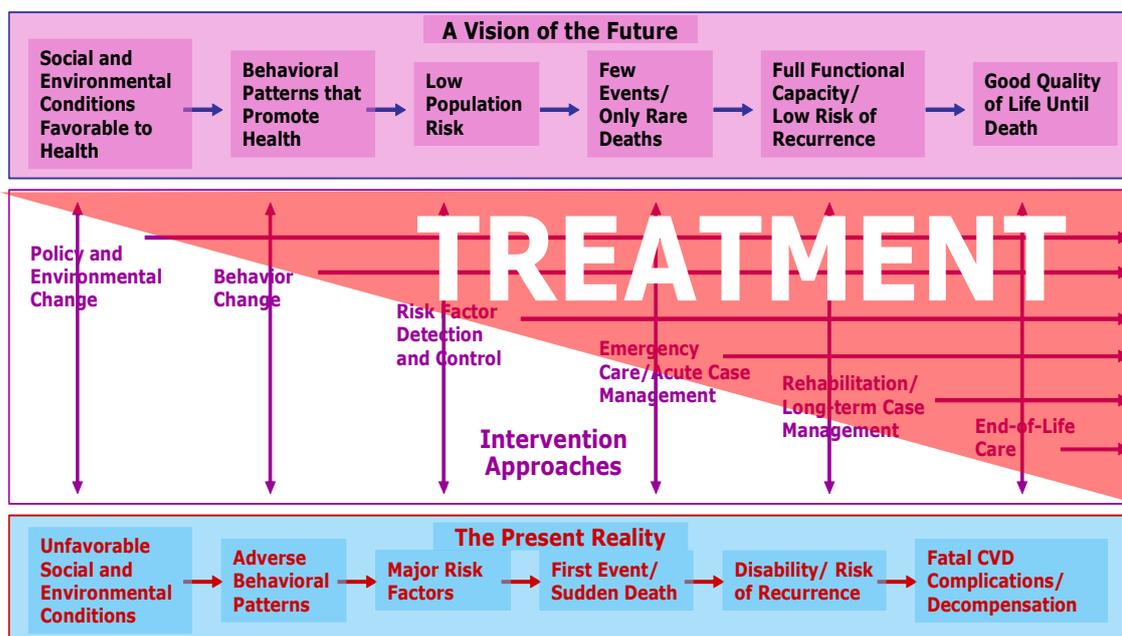
³⁵ Notoatmojo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : PT. Rineke Cipta.

namun jika dikaitkan dengan wabah maka akan bermanfaat dalam menekan kemungkinan penyebaran dan menghindari kemungkinan kematian. Bila kasus penyakit tersebut dapat ditanggulangi, maka kemungkinan penyakit berkembang menjadi wabah dapat dikurangi. Sebagai contoh dari upaya ini seperti *check up* kesehatan secara rutin, atau ke fasilitas pelayanan kesehatan begitu merasakan ada gejala penyakit.

- 4) *Disability limitation* (pembatasan kecacatan). Upaya ini dilakukan terhadap orang yang sudah sakit dengan tujuan agar penyakit tersebut tidak berakibat lebih serius bagi penderitanya. Dalam kaitan dengan wabah maka upaya ini merupakan upaya bagaimana agar kasus tersebut tidak menjadi sumber penularan sehingga membuka peluang untuk kemungkinan terjadinya wabah.
- 5) *Health rehabilitation* (pemulihan kembali). Hal ini bertujuan untuk mengajari pasien dapat kembali menjalani kehidupan secara normal di masyarakat, tanpa harus mengandalkan ketergantungan kepada pihak lain. Bila kita asumsikan pada upaya penanggulangan wabah, maka upaya pencegahan sebelum terjadi wabah tentu akan jauh lebih menguntungkan karena akan lebih mudah efektif.

Konsep pencegahan dalam penanggulangan wabah dapat mengacu pada konsep pencegahan penyakit secara umum sebagaimana dijelaskan dalam Gambar I dan Gambar II pada *Action Framework for A Comprehensive Public Health Strategy* yang menggambarkan bahwa upaya pencegahan (*prevention*) lebih bermanfaat dibandingkan upaya penanganan (*treatment*).

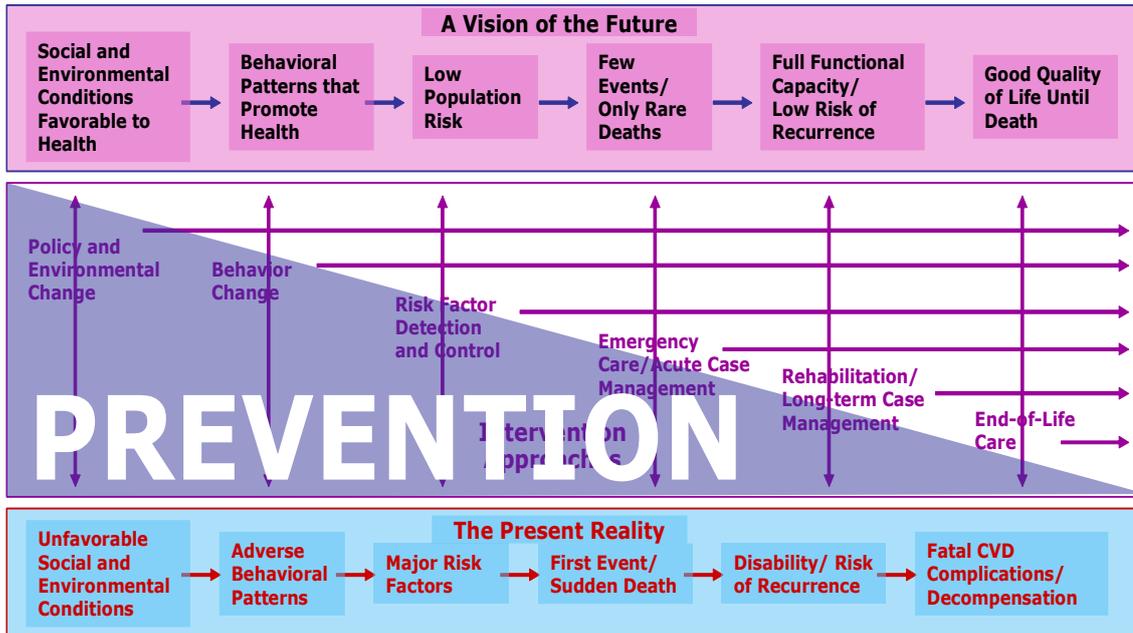
Gambar 2.3 Penanganan



Sumber: *Division for Heart Disease and Stroke Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC Atlanta*

Gambar 2.3 memberikan informasi bagaimana upaya kesehatan masyarakat termasuk di dalamnya dalam penanggulangan KLB dan/atau wabah dengan bertumpu pada orientasi upaya *treatment* (upaya kuratif), yang digambarkan pada area yang diarsir digambarkan semakin luas pada periode upaya kuratif dan setelah penyakit itu muncul. Sebagai contoh diawali dari bagaimana kita dalam menangani lingkungan dan sosial agar tidak berpotensi menimbulkan penyakit, maka pada konsep yang digambarkan pada gambar 2.7 terdapat porsi (luas arsiran) sangat sedikit, kebijakan perubahan untuk peningkatan lingkungan menjadi lebih baik sangat terbatas.

Gambar 2.4 Pencegahan



Sumber: *Division for Heart Disease and Stroke Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC Atlanta*

Sedangkan pada gambar 2.4 terlihat bahwa pada konsep upaya kesehatan masyarakat bertumpu pada orientasi upaya *preventif* (pencegahan). Terlihat bahwa upaya pencegahan mendapat porsi jauh lebih luas (daerah arsir) pada tahap tahap sebelum penyakit muncul atau terjadi. Terlihat sejak awal misalnya kebijakan perubahan lingkungan yang sehat mendapat perhatian jauh lebih besar dibandingkan dengan kebijakan dalam periode rehabilitasi dari suatu kejadian penyakit atau wabah. Konsep dan pola pikir inilah yang digunakan dalam pendekatan penyusunan pengaturan tentang Wabah yang baru, sehingga diharapkan pengaturan tentang Wabah yang baru akan menjadi lebih komprehensif, bersifat antisipatif dan memberikan dampak efisien dan efektif serta mencegah kemungkinan dampak lain yang lebih luas.

Kesehatan lingkungan merupakan bagian yang sangat penting dari kesehatan masyarakat dan seringkali menjadi faktor utama terjadinya penyakit di samping faktor induk semang (*host*) dan

penyebab (*agent*). Selain itu perubahan dan perkembangan budaya masyarakat sejalan dengan peningkatan kesejahteraan juga berpengaruh terhadap kualitas kesehatan lingkungan. Pertumbuhan dan migrasi penduduk yang merupakan dinamika kependudukan baik antar kota, wilayah, maupun negara dapat berpotensi menimbulkan “krisis” sumber daya alam seperti kebutuhan air minum, pengelolaan limbah dan sampah, pencemaran udara, dan pengelolaan makanan yang kurang baik bagi kesehatan sehingga dapat memicu timbulnya penyakit berbasis lingkungan seperti penyakit bawaan air (*water borne diseases*), penyakit bawaan makanan (*food borne diseases*), penyakit bawaan udara (*air borne diseases*) yang semuanya berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa atau wabah.

Penyebaran penyakit terutama penyakit potensial wabah semakin cepat dan meluas seiring dengan tingginya arus lalu lintas alat angkut, orang dan barang. Hal ini menuntut adanya kewaspadaan yang perlu disikapi secara serius karena dapat menimbulkan masalah kesehatan yang lebih luas. Salah satu upaya yang diperlukan untuk meminimalisasi penyebaran penyakit adalah dengan melakukan tindakan karantina kesehatan.

Untuk itu diperlukan adanya dasar hukum atau pengaturan yang memadai bagi instansi terkait untuk melakukan tindakan karantina kesehatan, karena tindakan karantina kesehatan bersifat multidisipliner dan multisektoral.

Karantina kesehatan telah dilaksanakan sejak lama oleh banyak negara, bahkan sejak zaman kerajaan Romawi. Hal itu tercermin dari pengertian karantina yang didasarkan pada peristiwa yang terjadi. Kata "karantina" berasal dari bahasa latin "*quadraginta*" yang berarti empat puluh. Ini berasal dari lamanya waktu yang diperlukan untuk menahan kapal laut yang berasal dari negara tertular penyakit epidemis, seperti pes, demam kuning, dimana awak kapal dan penumpangnya dipaksa untuk tetap tinggal terisolasi di atas kapal yang ditahan di lepas pantai selama

empat puluh hari, yaitu jangka waktu perkiraan timbulnya gejala penyakit yang dicurigai³⁶.

Definisi lain dari karantina adalah tempat dimana sebuah alat angkut (kapal laut atau pesawat udara) ditempatkan di pengisolasian atau pembatasan dalam perjalanan untuk mencegah agar suatu penyakit menular, serangga hama penyakit hewan dan lain-lain tidak menyebar. Suatu keadaan dalam masa karantina adalah suatu tempat dimana orang, binatang atau tanaman yang berpenyakit menular diisolasi atau dalam keadaan tidak dapat melakukan perjalanan.

Karantina adalah pembatasan kegiatan dan/atau pemisahan seseorang yang diduga terinfeksi penyakit meski belum menunjukkan gejala penyakit dan pemisahan alat angkut atau barang yang diduga terkontaminasi dari orang dan atau barang lain sedemikian rupa untuk mencegah kemungkinan penyebaran penyakit atau kontaminasi³⁷.

Penyelenggaraan Kekekarantinaan Kesehatan dilaksanakan di pintu masuk yang merupakan tempat masuk dan keluarnya alat angkut, orang, serta barang, baik berbentuk bandar udara, pelabuhan, maupun pos lintas batas darat atau laut negara.

Di samping itu diperlukan pula kekarantinaan kesehatan di wilayah mengingat potensi episenter pandemi berada di wilayah, demikian pula potensi penyebaran penyakit juga lebih besar di wilayah karena sebagian besar penduduk terancam berada di wilayah. Penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan dilakukan dengan surveilans kesehatan dan responnya dalam bentuk tindakan kekarantinaan kesehatan.

Surveilans kesehatan dalam rangka kekarantinaan kesehatan merupakan suatu analisis yang dilakukan secara terus menerus

³⁶ Morschel JR, *Introduction to Plant Quarantine*. Australian Government Publishing Service, Canberra.1971. Diakses dari <http://repository.pertanian.go.id/> pada tanggal 11 Juli 2022

³⁷ World Health Organization. *International Health Regulations Third Edition 2005*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2016.

dan konsisten terhadap segala bentuk ancaman terhadap kedaulatan negara melalui penyakit dan faktor risikonya, kedaruratan nuklir, dan bentuk-bentuk teror biologi dan kimia melalui pintu masuk dan wilayah, sebagai bagian dari proses perlindungan terhadap masyarakat dan kedaulatan negara.

Fokus kegiatan surveilans dilakukan terhadap alat angkut, orang, barang dan lingkungan serta wilayah yang terindikasi sebagai episenter pandemi.

Tindakan kekarantinaan kesehatan merupakan kegiatan yang dilakukan dengan 1) tindakan isolasi terhadap orang dan barang, 2) tindakan karantina terhadap orang, barang, alat angkut dan lingkungan, 3) tindakan vaksinasi terhadap orang dan barang, 4) tindakan deratisasi terhadap alat angkut dan lingkungan 5) tindakan desinseksi terhadap alat angkut, lingkungan dan media lingkungan 6) tindakan desinfeksi terhadap orang, barang, alat angkut, dan media lingkungan 7) tindakan dekontaminasi terhadap orang, barang, alat angkut, dan media lingkungan dan 8) tindakan kekarantinaan kesehatan lain berdasarkan situasi dan kecenderungan epidemiologi.

Tindakan karantina merupakan bagian integral dari penyelenggaraan Keekarantinaan Kesehatan yang merupakan upaya mencegah dan menangkal keluar atau masuknya penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat. Tindakan karantina tersebut bertujuan untuk melindungi masyarakat dari risiko penyebaran suatu penyakit menular, sehingga tidak menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat di suatu wilayah negara bahkan yang memungkinkan penyebaran lintas negara dan berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia.

Tindakan karantina dilakukan dengan cara memisahkan orang, barang, alat angkut yang terpapar dengan sumber penularan dan patut diduga dan/atau tersangka (suspek).

Dengan perkembangan kondisi lingkungan dan semakin beragamnya jenis-jenis penyakit yang harus ditangkal menyebabkan tindakan karantina kesehatan diperluas maknanya. Perluasan makna karantina kesehatan tidak terbatas pada penyakit karantina tetapi sudah meluas pada penyakit yang berpotensi menimbulkan kondisi Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Di samping itu perlakuan tindakan karantina pun tidak hanya terbatas pada penyakit dan faktor risiko kesehatan masyarakat yang ada di pintu masuk tetapi juga di wilayah serta pos lintas batas darat.

Penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan sebagai upaya cegah tangkal masuk dan keluarnya penyakit dan faktor risikonya dilakukan melalui:

- 1) Dari dalam negeri, diisyaratkan kemampuan utama surveilans, deteksi dini dan respon cepat mulai dari masyarakat sampai dengan tingkat nasional. Apabila dijumpai penyakit atau kejadian yang berpotensi PHEIC berdasarkan laporan dari masyarakat maka dilakukan penyelidikan epidemiologis dan respon cepat mulai tingkat puskesmas dan Kabupaten/Kota sampai tingkat pusat. Di tingkat pusat melakukan verifikasi dan koordinasi dengan Organisasi Kesehatan Dunia.

Di dalam proses respon cepat yang di atas dilakukan karantina rumah, karantina wilayah, pembatasan sosial berskala besar, serta isolasi bagi kasus dan karantina di Rumah Sakit. Tindakan itu didukung juga dengan tindakan di pintu keluar (bandar udara, pelabuhan, PLBDN).

- 2) Dari luar negeri, diisyaratkan kemampuan utama surveilans, deteksi dini dan respon cepat dimulai dari pintu masuk (bandar udara, pelabuhan, PLBDN). Kegiatan yang dilakukan adalah surveilans rutin terhadap alat angkut, orang, barang dan lingkungan. Disamping surveilans rutin, juga harus memperhatikan informasi aktual tentang penyakit yang

berpotensi PHEIC yang sedang berkembang di dalam dan luar negeri. Jika ditemukan indikasi, maka dilakukan suatu respon/intervensi berupa tindakan kekarantinaan kesehatan (tindakan karantina, tindakan isolasi, serta tindakan penyehatan).

5. Peran Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam Pembangunan Kesehatan

Tenaga medis dan tenaga kesehatan memiliki peran strategis dalam mewujudkan pembangunan kesehatan. Hal ini mengingat bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memadai secara kuantitas, kualitas, aman, dan terjangkau juga merupakan hak bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah mempunyai kewajiban dalam menjamin kualitas, kuantitas, serta pemerataan tenaga medis dan tenaga Kesehatan, yang dilakukan melalui perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan.

Tenaga medis dan tenaga kesehatan mempunyai posisi dan peran yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan. Pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan dan peningkatan cakupan layanan kesehatan hanya dapat diwujudkan melalui ketersediaan, aksesibilitas, akseptabilitas, dan kualitas tenaga medis dan tenaga kesehatan.³⁸ Tenaga medis dan tenaga kesehatan memiliki peran vital dalam membangun ketahanan masyarakat dan sistem kesehatan untuk merespons ancaman dan risiko bencana alam, bencana sosial, teknologi, biologi yang mengakibatkan

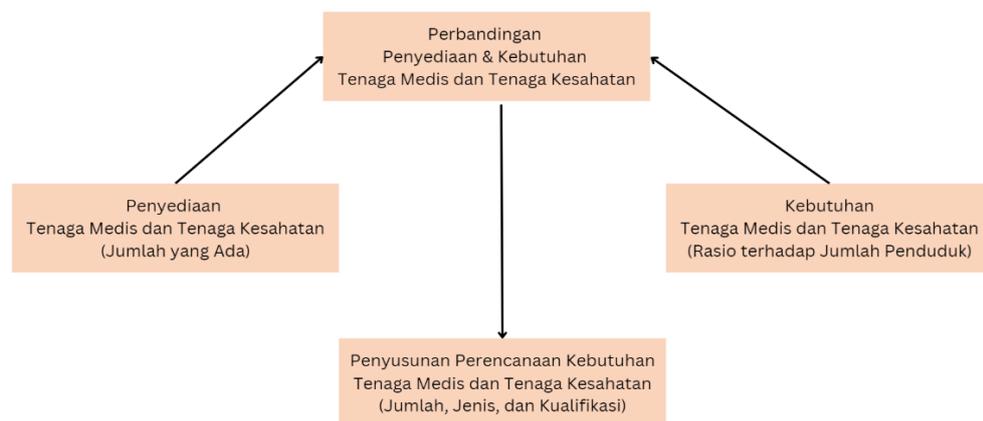
³⁸ WHO, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, Geneva: WHO Press, 2016

cedera, kesakitan, disabilitas, dan kematian.³⁹ Tenaga medis dan tenaga kesehatan juga memainkan peran penting dan berkontribusi dalam penyiapan kegawatdaruratan dan krisis kesehatan melalui partisipasi dalam manajemen sistem respons kebencanaan, kepemimpinan di berbagai level baik di tingkat daerah maupun pusat.⁴⁰

6. Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Perencanaan dalam konteks manajemen merupakan upaya institusi untuk menentukan tindakan yang tepat dengan menyediakan alternatif pilihan di masa mendatang melalui suatu proses sistematis. Perencanaan di bidang kesehatan dikategorikan ke dalam dua tipe. Tipe pertama adalah perencanaan aktivitas yang berkaitan dengan pengaturan jadwal dan kerangka kerja yang bisa dipantau untuk implementasi sebelum aktivitas dijalankan. Tipe kedua adalah perencanaan alokatif yang berhubungan dengan pengambilan keputusan terkait bagaimana sumber daya seharusnya dialokasikan agar efisien dan tepat sasaran.⁴¹

Gambar 2.5 Perbandingan Penyediaan & Kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan



Sumber: Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (diolah)

³⁹ Ibid, hlm. 10.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

Tipe perencanaan alokatif ini yang umumnya dipakai di bidang kesehatan. Konsep ini diterjemahkan ke dalam kebijakan nasional perencanaan kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan oleh pemerintah sebagai rancangan sistematis pemenuhan dan penempatan tenaga medis dan tenaga kesehatan berdasarkan jenis pelayanan dan fasilitas kesehatan yang dibutuhkan dengan komposisi jenis dan jumlah yang sesuai. Perencanaan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang tepat memungkinkan diketahuinya kapasitas kerja yang akurat agar didapatkan keseimbangan antara tenaga dengan beban kerja.

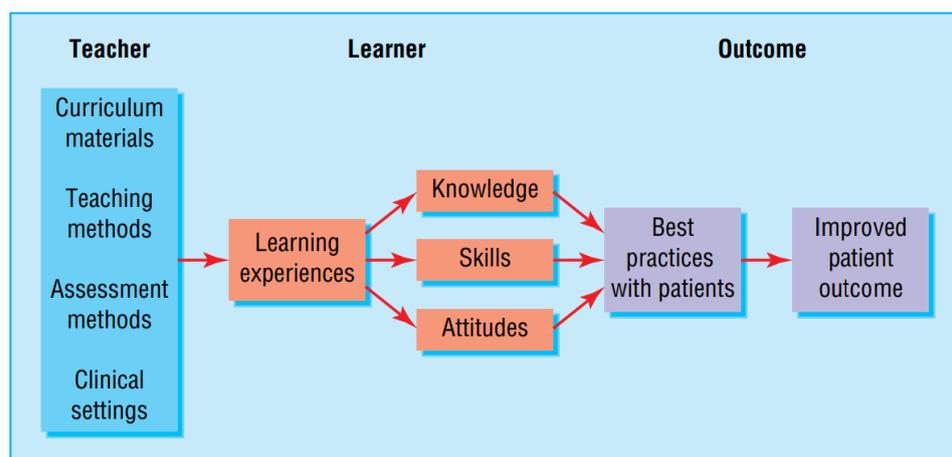
7. Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pengadaan tenaga medis dan tenaga kesehatan dilakukan melalui pendidikan tinggi bidang Kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat dan/atau masyarakat dan diselenggarakan oleh perguruan tinggi dan program studi memperoleh izin dari menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi yang diterbitkan setelah dilakukan penilaian oleh tim yang melibatkan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan, , serta institusi penyelenggara Pendidikan tertentu yaitu rumah sakit Pendidikan yang menyelenggarakan Pendidikan profesi spesialis dan yang lebih tinggi.

Sebagai contoh dapat diuraikan mengenai Pendidikan kedokteran. Pendidikan kedokteran telah diupayakan untuk dilakukan peningkatan mutu sejak awal tahun 1980-an. Kemudian, Deklarasi Edinburgh pada tahun 1988 dan rekomendasi *World Summit on Medical Education* pada tahun 1993 telah menetapkan tahapan standar global. Deklarasi Edinburgh mendefinisikan tujuan pendidikan kedokteran sebagai wahana bagi dokter yang bekerja untuk peningkatan kesehatan semua individu. Diharapkan dokter dapat disiapkan menjadi pendengar dan pengamat yang baik, ahli komunikasi, dan klinisi yang efektif.

Dalam pendidikan kedokteran, pengalaman praktik dengan pasien merupakan hal yang penting, terutama karena hal tersebut berkaitan erat dengan kewenangan dokter menangani pasien secara langsung (*hands on*).⁴² Oleh karenanya, dapat dikatakan pada dasarnya, bagian utama pendidikan kedokteran adalah berbasis rumah sakit (*hospital-based*).⁴³ Dalam pengertian salah satu bagian dari proses pendidikan yang dijalani oleh para peserta didik kedokteran akan melibatkan peran rumah sakit pendidikan di mana mereka langsung bersentuhan dengan pasien di rumah sakit tersebut.

Gambar 2.6 Posisi Praktik Langsung dengan Pasien dalam Pendidikan Kedokteran



Sumber: David M Kaufman

Di sisi lain, istilah *hospital-based* dalam konteks pendidikan spesialisik (residensi) mengacu pada penyelenggaraan pendidikan yang diselenggarakan oleh rumah sakit, di mana rumah sakit pendidikan secara langsung melakukan pengelolaan pendidikan dengan koordinasi dari kolegium spesialis terkait. Status residen dalam sistem ini merupakan dokter yang sedang mendalami spesialisasi di bawah bimbingan dokter senior. Residen merupakan

⁴² David M Kaufman, *Applying Educational Theory in Practice*, dalam *ABC of Learning and Teaching in Medicine*, London: BMJ Publishing, hlm. 213-216.

⁴³ Anders Baerheim, *Must Undergraduate Medical Education be Hospital-based?* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007; 25-129-130. Taylor&Francis.

pekerja yang mendapatkan penghasilan layaknya profesional di bidangnya.⁴⁴

Selain sistem *hospital-based*, terdapat sistem *university-based* di mana residensi dikelola oleh fakultas kedokteran, dan dalam konteks Indonesia, residen berstatus peserta didik (mahasiswa) fakultas kedokteran yang ditempatkan di rumah sakit pendidikan dan rumah sakit jejaring di bawah koordinasi fakultas kedokteran. Biaya pendidikan dibebankan fakultas kedokteran kepada residen dan tersedia berbagai beasiswa untuk pendidikan residen. Residen dalam hal ini harus membayar biaya pendidikan ke fakultas kedokteran dan belum mendapat hak sebagai pekerja khususnya pembayaran yang jelas dari rumah sakit pendidikan utama/jaringan tempat bekerja kecuali pelayanan di berbagai rumah sakit yang memang membutuhkan residen. rumah sakit pendidikan memperoleh kontribusi dana pendidikan residen dari fakultas kedokteran.⁴⁵ Dalam konteks ini, jumlah residen yang masuk ke rumah sakit pendidikan tidak dihitung berdasarkan kebutuhan. Akibatnya terjadi keadaan di mana tidak ada korelasi antara jumlah pasien di rumah sakit pendidikan utama dengan jumlah residen. Hal ini menyebabkan tidak berfungsinya residen sebagai tenaga kerja rumah sakit yang ditetapkan berdasarkan kebutuhan.⁴⁶

Walaupun masih banyak dianggap sebagai mahasiswa, secara *de facto* residen telah bekerja. Sebagai gambaran di rumah sakit pendidikan, operasi yang membutuhkan tenaga dokter spesialis anastesi, dikerjakan oleh residen anastesi tanpa kehadiran dosen

⁴⁴ Diaz Novera, Analisis Pola Pemberian Insentif Residen Di Berbagai Negara: Sebuah *Desk Review – Scoping Study* Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI, Vol. 10, No. 02 Juni 2021

⁴⁵ Diaz Novera, *Analisis Pola Pemberian Insentif Residen Di Berbagai Negara: Sebuah Desk Review – Scoping Study* Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI, Vol. 10, No. 02 Juni 2021.

⁴⁶ Lihat <https://www.kebijakankesehatanindonesia.net> diakses pada tanggal 11 Juli 2022.

pendidik di ruang operasi. Demikian juga berbagai pendidikan residen menempatkan residen sebagai pelaku utama pelayanan.⁴⁷

Di berbagai negara di dunia, termasuk di kawasan Asia, pendidikan di bidang kesehatan bukan hanya monopoli Pemerintah Pusat melainkan juga melibatkan masyarakat, termasuk sektor swasta.⁴⁸ Pendidikan kedokteran terhitung mahal, di mana setiap tahun diperkirakan menelan biaya sebesar seratus juta dolar.⁴⁹ Dengan demikian maka pelibatan masyarakat dalam pendidikan kedokteran merupakan suatu keniscayaan karena dapat meningkatkan cakupan dan pemerataan, namun di sisi lain menghadapi tantangan berupa isu kualitas dan permasalahan infrastruktur.⁵⁰

Standar pendidikan kedokteran dapat bersifat global maupun lokal masing-masing negara. Mengingat berbagai aspek yang mempengaruhi pendidikan kedokteran yang dikontrol oleh Pemerintah Pusat atau lembaga akreditasi setempat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan masing-masing negara.⁵¹

Secara ideal, tenaga medis dan tenaga kesehatan diharapkan memiliki peran sebagai penyedia layanan kesehatan (*care provider*) yang bertanggung jawab bagi kebutuhan fisik, sosial, dan mental dari pasien, serta memastikan pasien menerima layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara integratif dan sesuai standar tertinggi. Kedua, sebagai pengambil keputusan (*decision-maker*) yang mampu memberikan keputusan terbaik dengan efikasi pengobatan dan biaya yang dibutuhkan.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Syed Ilyas Shehnaz, *Privatization of Medical Education in Asia*, South-East Asian Journal of Medical Education, Vol. 5 No. 1, 2011. hlm. 18-24.

⁴⁹ Kiran Walsh, *Medical Education, Cost and Policy: What Are The Drivers for Change*. BMJ Learning. Vol. 50. No. 3. London: BMJ Publishing Group. hlm. 205-206

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ World Federation for Medical Education, *Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement 2020*, WFME. hlm. 5-6.

Ketiga, sebagai komunikator yang baik (*communicator*) yang mampu melakukan komunikasi dengan pasien, keluarga, dan lingkungan sekitar, memberikan persuasi dan edukasi demi peningkatan kesehatan pasien. Keempat, pemimpin masyarakat (*community leader*) yang berperan sebagai pemimpin masyarakat serta memberikan masukan dan arahan terkait peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Terakhir, sebagai pengelola manajemen (*manager*) yang memiliki kapasitas manajemen memadai dalam menyediakan layanan kesehatan bermutu.

Selain itu, kompetensi yang diharapkan dipenuhi meliputi kesatu, kompetensi personal yang terdiri atas kepedulian diri (*self-awareness*), penerimaan diri (*self-acceptance*), nilai diri (*self-value*), dan pengelolaan diri (*self-management*). Kedua, kompetensi sosial yang terdiri atas empati (*empathy*), manajemen relasi (*management of relationship*), kemampuan untuk berkolaborasi (*ability to collaborate*). Ketiga, kompetensi kultural, yang terdiri atas mempertanyakan asumsi (*questions assumptions*), menghargai budaya yang berbeda (*respect for other cultures*), dan mengelola pengorganisasian budaya (*manages organizational culture*). Keempat, kompetensi profesional yaitu memberi (*giving*), menerima dan mencari timbal-balik (*receiving and seeking authentic feedback from others*).⁵²

8. Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan dilakukan dengan memperhatikan pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan. Pemerataan dalam konteks ini yaitu proses penataan penempatan tenaga medis dan tenaga kesehatan agar jumlah, jenis, dan mutu/kualifikasi tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan riil masing-masing Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

⁵² Nicole M. Deiorio and Maya M. Hammoud, *Coaching in Medical Education: a Faculty Handbook*. AMAA: 2017.

Banyak faktor yang dapat menyebabkan ketimpangan distribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan, salah satunya migrasi tenaga medis dan tenaga kesehatan antar daerah. Beberapa alasan untuk migrasi di antaranya kebijakan Pemerintah Pusat dalam tenaga medis dan tenaga kesehatan, kondisi ekonomi karakteristik individu, faktor keamanan, penghasilan, akses pendidikan anak, pengembangan pengetahuan, daerah dengan lingkungan sosial ekonomi yang lebih baik akan menarik lebih banyak tenaga medis dan tenaga kesehatan. Demikian pula ketersediaan pekerjaan untuk pasangan merupakan salah satu alasan tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk menetap atau pindah dari fasilitas kesehatan.⁵³

9. Pembinaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pembinaan tenaga medis dan tenaga kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, baik itu Pemerintah Pusat maupun pemerintah daerah. Pembinaan diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan, melindungi penerima pelayanan kesehatan dan masyarakat atas tindakan yang dilakukan tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta memberikan kepastian hukum bagi masyarakat, tenaga medis, dan tenaga kesehatan.

Pembinaan terdiri atas 2 (dua) aspek, yaitu aspek teknis dan aspek keprofesian. Pembinaan teknis dilakukan melalui monitoring dan evaluasi serta penetapan norma, standar, prosedur, dan kriteria. Pembinaan keprofesian dilakukan melalui bimbingan, peningkatan kompetensi di bidang Kesehatan, pengesahan standar profesi tenaga medis dan tenaga, serta sertifikasi profesi dan registrasi tenaga medis dan tenaga kesehatan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

⁵³ Dussault, G. & Dubois, C.-A. 2003. *Human Resources for Health Policies: A Critical Component in Health Policies*. Human Resources for Health.

10. Penyederhanaan Regulasi

Omnibus merupakan bahasa latin yang memiliki arti untuk semua. *Omnibus law* diartikan sebagai metode pembuatan regulasi yang berasal dari beberapa aturan yang substansi pengaturannya berbeda untuk kemudian digabungkan ke dalam satu peraturan.

Omnibus Law, menurut Black Law Dictionary:

“In legislative practice, a bill including in one act various separate and distinct matters, and particularly one joining a number of different subjects in one measure in such a way as to compel the executive authority to accept provisions which he does not approve or else defeat the whole enactment”, yang diartikan bahwa dalam praktik legislatif, rancangan undang-undang yang mengikutsertakan dalam satu undang-undang, isu-isu yang terpisah dan berbeda-beda, dan terutama rancangan yang menggabungkan beberapa subjek dalam satu tindakan di mana otoritas eksekutif yang kemudian didorong untuk menerima pasal yang tidak disetujui jika tidak akan menggagalkan keseluruhan pengundangan tersebut⁵⁴.

Parliamentary Glossary House of Commons of Canada:

“Omnibus bill is a bill consisting of a number of related but separate parts that seeks to amend and/or repeal one or several existing Acts and/or to enact one or several new Acts.”

Rancangan Undang-Undang omnibus adalah undang-undang yang terdiri atas beberapa undang-undang yang saling terkait tetapi saling terpisah yang bertujuan untuk mengubah atau mencabut satu atau beberapa undang-undang yang berlaku dan atau menyusun satu atau beberapa undang-undang yang baru”.

Bosc and O’Brien:

“Omnibus bill seeks to amend, repeal or enact several Acts, and is characterized by the fact that it has a number of related but separate “initiatives”.

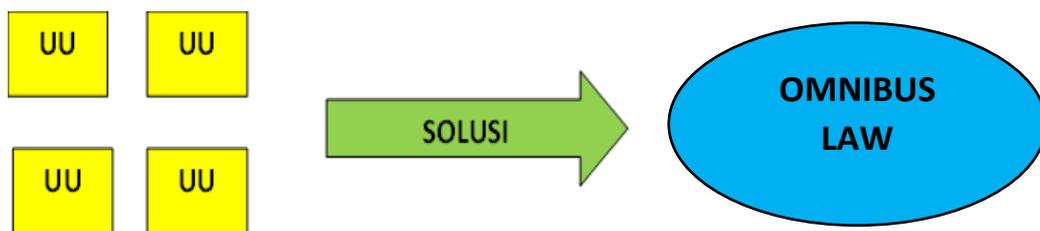
⁵⁴ Bryan A. Garner. *Black’s Law Dictionary. Eight Edition.* USA: Thomson business. 2004

Undang-Undang omnibus berupaya untuk mengubah, mencabut, atau menetapkan peraturan baru, dan ditandai oleh suatu kondisi dimana ada (undang-undang) yang memiliki sejumlah keterkaitan tetapi diprakarsai oleh pihak yang berbeda.

Munculnya *omnibus law* memunculkan masalah baru berdasarkan teori maupun penerapannya. Indonesia sebagai negara dengan *civil law system* sebelumnya tidak menggunakan *omnibus law* yang lazim digunakan oleh negara yang menganut *common law system*.

Penggunaan *omnibus law* sempat memunculkan kekhawatiran yang dapat timbul dari tata urutan hierarki peraturan perundang-undangan maupun jenis peraturan perundang-undangan.

Gambar 2.7 Gambaran beberapa undang-undang menjadi Omnibus Law



Sumber: Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, 2021

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, dalam Pasal 7, yang menyatakan tentang jenis dan hierarki peraturan perundang-undangan

- 1) "Jenis dan hierarki peraturan perundang-undangan terdiri atas:
 - a) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - b) Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat;

- c) *Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang;*
 - d) *Peraturan Pemerintah;*
 - e) *Peraturan Presiden*
 - f) *Peraturan Daerah Provinsi; dan*
 - g) *Peraturan Daerah Kabupaten/Kota. “*
- 2) *Kekuatan hukum Peraturan Perundang-undangan sesuai dengan hierarki sebagaimana dimaksud pada ayat (1).*

Omnibus law keberadaannya setara dengan undang-undang dan memiliki kedudukan di bawah Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945, sehingga seharusnya memberikan kepastian hukum dan tidak menimbulkan keraguan dalam penerapan hukumnya sesuai dalam Pasal 28D ayat (1) UUD NRI 1945, bahwa:

“Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum”.

Penggunaan metode omnibus dalam penyusunan suatu rancangan peraturan perundang-undangan harus ditetapkan dalam dokumen perencanaan, dengan memuat materi baru, mengubah materi muatan yang mempunyai keterkaitan dan/atau kebutuhan hukum yang diatur dalam berbagai peraturan perundang-undangan yang jenis dan hierarki sama, dan/atau mencabut peraturan perundang-undangan yang jenis dan hierarkinya sama; untuk kemudian menggabungkan ke dalam satu peraturan perundang-undangan untuk mencapai tujuan tertentu.

Materi muatan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus hanya dapat diubah dan/atau dicabut dengan mengubah dan/atau mencabut peraturan perundang-undangan tersebut. Metode omnibus telah dicantumkan sejak tahap perencanaan dalam dokumen perencanaan pembentukan peraturan perundang-undangan yang untuk kemudian digunakan dalam penyusunan peraturan

perundang-undangan. Dengan metode omnibus memberikan pedoman yang pasti, baku, dan standar sehingga mengikat semua Lembaga yang berwenang membentuk peraturan perundang-undangan. Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus dapat menggunakan nama baru yang tidak sama dengan nama Peraturan Perundang-undangan yang diubah atau dicabut yang dibuat secara singkat dengan hanya menggunakan 1 (satu) kata atau frasa, tetapi secara esensial maknanya telah dan mencerminkan isi Peraturan Perundang-undangan.

Konsiderans Peraturan Perundang-undangan yang melaksanakan perintah atau menjalankan Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus cukup memuat 1 (satu) pertimbangan yang berisi uraian ringkas mengenai perlunya melaksanakan ketentuan pasal atau beberapa pasal dari Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus tersebut dan/atau menambahkan pertimbangan lainnya yang memuat urgensi atau tujuan Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Peraturan Perundang-undangan yang akan diubah dengan Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus yang akan dibentuk, dapat tidak dicantumkan dalam dasar hukum. Jika materi muatan yang diatur dalam Peraturan Perundang-undangan selain dari materi muatan yang telah diubah dengan Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus akan diubah kembali, Peraturan Perundang-undangan yang materi muatannya telah diubah dengan Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus tersebut dicantumkan dalam dasar hukum. Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus yang akan diubah dengan Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus yang akan dibentuk, dicantumkan dalam dasar hukum.

Buku, bab, bagian, dan/atau paragraf dalam materi pokok Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus dibagi ke dalam pasal yang mengatur materi muatan pokok yang memiliki keterkaitan satu sama lain yang terdiri atas pasal yang memuat materi muatan baru, pasal yang mengubah materi muatan yang memiliki keterkaitan dan/atau kebutuhan hukum yang diatur dalam berbagai Peraturan Perundang-undangan yang jenis dan hierarkinya sama, dan/atau pasal yang mencabut Peraturan Perundang-undangan yang jenis dan hierarki yang sama.

Pasal yang menambah materi muatan baru dalam Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus dirumuskan dalam kalimat yang disusun secara singkat, jelas, dan lugas. Pasal yang mengubah materi muatan yang memiliki keterkaitan yang diatur dalam berbagai Peraturan Perundang-undangan dalam Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus dirumuskan dalam kalimat yang disusun secara singkat, jelas, dan lugas dengan memuat alasan perubahan dan perincian judul Peraturan Perundang-undangan yang materi muatannya akan diubah disertai dengan penyebutan Lembaran Negara Republik Indonesia dan Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia yang diletakkan di antara tanda baca kurung.

Pasal yang mencabut Peraturan Perundang-undangan yang diatur dalam Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus dirumuskan dalam kalimat yang disusun secara singkat, jelas, dan lugas dengan menyebutkan Peraturan Perundang-undangan yang dicabut yang disertai dengan penyebutan Lembaran Negara Republik Indonesia dan Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia yang diletakkan di antara tanda baca kurung dan digunakan frasa dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Jika pasal yang diatur dalam Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus menyisipkan buku, bab, bagian, paragraf, atau pasal baru maka buku, bab, bagian, paragraf, atau pasal baru tersebut diletakkan dalam tempat yang sesuai dengan materi muatan yang bersangkutan.

Jika yang diatur dalam Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus menghapus buku, bab, bagian, paragraf, pasal, ayat, atau butir maka urutan buku, bab, bagian, paragraf, pasal, ayat, atau butir tersebut tetap dicantumkan dengan diberi keterangan dihapus.

Jika suatu pasal dalam Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus terdiri atas angka, pasal, ayat, dan/atau butir tidak memerlukan penjelasan, pasal yang bersangkutan cukup diberi penjelasan cukup jelas, tanpa merinci masing-masing ayat dan/atau butir.

B. Kajian Terhadap Asas/Prinsip yang Terkait dengan Penyusunan Norma

Asas atau prinsip yang terkait dengan penyusunan norma-norma dalam Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan, adalah:

1. Asas Perikemanusiaan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, perikemanusiaan, merupakan sifat-sifat manusia yang layak seperti suka menolong dengan mencita-citakan pergaulan hidup yang lebih baik⁵⁵. Jika merujuk *American Humanist Association*, perikemanusiaan dipahami sebagai cara hidup manusia berdasarkan kemampuan, sumber alam, dan masyarakat⁵⁶, sedangkan menurut Haryanto dalam *encyclopedia of philosophy*, oleh Paul Edward menjadi faham

⁵⁵ Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. *Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi III*. Jakarta: Balai Pustaka, 2001: hlm 412.

⁵⁶ Haryanto Al Fandi. *Desain Pembelajaran yang demokrastis dan Humanis*. Yogyakarta: Ar Ruzz Media 2017, hlm 72.

yang menjunjung tinggi nilai dan kedudukan manusia serta menjadikannya sebagai kriteria segala sesuatu⁵⁷.

Perikemanusiaan dimaknai menjadi pembebasan dalam arti suatu ajaran yang tidak terpaku kepada doktrin yang dinilai tidak memberi kebebasan kepada manusia, yang pada dasarnya memberi kebebasan untuk setiap manusia dalam menentukan hidup, baik dalam urusan beragama, kebebasan berpendapat bahkan untuk urusan menuntut hak dengan memperhatikan nilai dasar kemanusiaan dan hak sesama tetap selalu diperhatikan seperti dalam kesehatan yang dibangun menitik pada nilai yang berdasar kepada Ketuhanan, sehingga asas perikemanusiaan dalam pembangunan kesehatan harus dilandaskan perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan sosial budaya dan bangsa.

2. Asas Keseimbangan

Berdasarkan ideologi yang melatarbelakangi tertib hukum Indonesia, Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945, keseimbangan bersumber pada tata nilai dan mencerminkan cara pandang masyarakat Indonesia. Dalam kesehatan, keseimbangan ditunjukkan dengan antara tujuan dan sarana, antara sarana dan hasil, antara manfaat dan risiko yang ditimbulkan dalam penyelenggaraan kesehatan. Keseimbangan erat terkait dengan keadilan antara setiap pemangku kepentingan (*stakeholder*) yang terlibat, sehingga keseimbangan dalam pembangunan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan spiritual.

3. Asas Manfaat

Segala usaha dan kegiatan dalam pembangunan kesehatan yang dilaksanakan disesuaikan dengan mengoptimalkan potensi sumber daya alam dan lingkungan hidup dalam peningkatan

⁵⁷ *Ibid*, hlm 72

kesejahteraan masyarakat dan harkat manusia untuk selaras dengan lingkungan. Manfaat dalam pembangunan kesehatan memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.

4. Asas Ilmiah

Asas ilmiah bermakna bahwa penyelenggaraan Tenaga Kesehatan harus dilakukan berdasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperoleh baik melalui penelitian, pendidikan, maupun pengalaman praktik.

5. Asas Pemerataan

Asas pemerataan bermakna pengaturan Tenaga Kesehatan dimaksudkan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

6. Asas Etika dan Profesionalitas

Asas etika dan profesionalitas bermakna pengaturan tenaga kesehatan harus dapat mencapai dan meningkatkan profesionalisme Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik serta memiliki etika profesi dan sikap profesional.

7. Asas Pelindungan dan Keselamatan

Pembangunan kesehatan memberikan pelindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

8. Asas Penghormatan terhadap Hak dan Kewajiban

Penghormatan diberikan terhadap hak dan kewajiban yang diartikan bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan di hadapan hukum.

9. Asas Keadilan

Keadilan menjadi perlindungan dalam pengelolaan penyelenggaraan kesehatan bagi setiap warga negara, sehingga penyelenggaraan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang adil

dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pendanaan yang terjangkau.

10. Asas Nondiskriminatif

Berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki. Asas gender dan nondiskriminatif diaplikasikan diantaranya melalui penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan yang responsif gender. Kesetaraan gender dalam pembangunan kesehatan merupakan kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat pembangunan kesehatan. Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.

Pembangunan Kesehatan juga tidak boleh diskriminatif, membedakan secara sengaja terhadap golongan-golongan yang berhubungan dengan kepentingan tertentu seperti agama, etnis, suku, dan ras, termasuk juga penyandang disabilitas. Penyandang disabilitas sebagai orang yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu yang lama masih memerlukan penguatan pemenuhan hak kesehatannya untuk memajukan, melindungi, dan menjamin kesamaan hak dan kebebasan yang mendasar bagi semua penyandang disabilitas, serta penghormatan terhadap martabat penyandang disabilitas sebagai bagian yang tidak terpisahkan (*inherent dignity*).

11. Asas Pertimbangan Moral dan Nilai-Nilai Agama

Pertimbangan moral dan kaidah agama diperlukan dalam pembangunan kesehatan.

12. Asas Partisipatif

Partisipatif masyarakat diperlukan dalam pembangunan kesehatan yang dilakukan secara aktif.

13. Asas Kepentingan Umum

Penyelenggaraan Kesehatan dalam pembangunan Kesehatan fokus dengan mengutamakan kepentingan umum di atas kepentingan pribadi atau golongan tertentu.

14. Asas Keterpaduan

Penyelenggaraan kesehatan dilakukan dengan memadukan berbagai unsur atau menyinergikan berbagai stakeholder terkait antara pemerintah, penyelenggara dan masyarakat.

15. Asas Kesadaran Hukum

Dimaknai bahwa masyarakat, pemangku kepentingan, pemerintah untuk dipahami, dihayati dan dipatuhi atas hukum sesuai doktrin negara hukum yang demokratis

16. Asas Kedaulatan Negara

Dimaknai dengan kekuasaan atau kewenangan atas nama negara untuk bergerak dalam pelaksanaan kesejahteraan Kesehatan bagi masyarakat.

17. Asas Kelestarian Lingkungan Hidup

Setiap orang berkewajiban dan bertanggung jawab atas generasi yang akan datang dan generasi data ini denagn melakukan upaya pelestarian daya dukung ekosistem dan memperbaiki kualitas lingkungan hidup.

18. Asas Kearifan Budaya

Peran masyarakat juga dibutuhkan untuk menjaga dan mengembangkan budaya dan kearifan lokal terkait dengan pelestarian fungsi lingkungan hidup.

19. Ketertiban dan Kepastian Hukum

Dalam Undang-Undang ini menimbulkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan adanya kepastian hukum.

C. Kajian Terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada, Serta Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat

1. Gambaran Sektor Kesehatan Saat Ini

Berdasarkan Pembukaan UUD NRI Tahun 1945, negara Indonesia dalam pembentukannya mempunyai tujuan yang jelas yaitu untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial, yang kemudian disebut menjadi tujuan nasional. Dalam pencapaian tujuan nasional dibutuhkan upaya dalam pembangunan keseluruhan bidang kehidupan yang salah satunya adalah pembangunan di sektor kesehatan yang merupakan menjadi hak asasi manusia dan menjadi salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sebagai cita-cita bangsa yang telah tertuang dalam Pancasila dan Pembukaan UUD NRI Tahun 1945.

Perwujudan pembangunan dalam sektor kesehatan dengan pembangunan hukum dengan pembentukan peraturan perundang-undangan bidang kesehatan. Payung dalam berbagai pengaturan di bidang kesehatan yaitu Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang dibentuk berdasarkan pertimbangan:

- a. Kesehatan merupakan hak asasi dan salah satu unsur kesejahteraan
- b. Prinsip kegiatan kesehatan yang nondiskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan
- c. Kesehatan merupakan investasi
- d. Pembangunan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah dan masyarakat
- e. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan hukum dalam masyarakat.

Undang-Undang tentang Kesehatan merespons desentralisasi kewenangan pusat ke daerah yang muncul dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, untuk kemudian dengan lahirnya Undang-Undang Kesehatan mampu menjawab pembangunan kesehatan yang kompleksitas, yang memuat ketentuan yang menyatakan bidang kesehatan diserahkan kepada masing-masing daerah dengan diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh segi kesehatan, dimana konsep pengelolaan kesehatan yang tadinya bersifat sentralistik berubah menjadi otonom⁵⁸. Undang-Undang Kesehatan, terdiri atas penulisan sistematika, yaitu: Hak dan Kewajiban; Tanggung Jawab Pemerintah; Sumber Daya Bidang Kesehatan; Upaya Kesehatan; Kesehatan ibu, bayi, anak, remaja, lanjut usia dan penyandang cacat; Gizi; Kesehatan Jiwa; Penyakit Menular dan tidak menular; Kesehatan lingkungan; kesehatan kerja; pengelolaan kesehatan; informasi kesehatan; pendanaan kesehatan; peran serta masyarakat; Badan Pertimbangan Kesehatan; Pembinaan dan Pengawasan; Penyidikan; Ketentuan Pidana.

Secara konseptual, landasan hukum kesehatan telah mencerminkan adanya asas hukum kesehatan bertumpu pada hak atas pemeliharaan kesehatan sebagai hak dasar sosial yang didasarkan hak dasar individual yang terdiri atas hak atas informasi dan hak menentukan nasib sendiri. Undang-undang kesehatan mengkaitkan dengan hukum kesehatan dengan hak sehat dengan meliputi berbagai aspek yang memberikan perlindungan dan pemberian fasilitas dalam pelaksanaannya. Untuk merealisasi hak atas pemeliharaan juga mengandung pelaksanaan hak untuk hidup, hak atas privasi dan hak memperoleh informasi.

⁵⁸ BPHN, *Kompendium Hukum Kesehatan*. Jakarta: Puslitbangsiskumnas, 2011, hlm.

Perkembangan saat ini, terjadi pandemi *COVID-19* yang melanda dunia kesehatan yang dihadapkan dengan permasalahan yang membutuhkan respon secara cepat, seperti pada karantina kesehatan, yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan dalam beberapa pasal, namun karantina diatur secara tersendiri yaitu Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan, namun tetap memerlukan kelengkapan pengaturan yang ada pada Undang-Undang Kesehatan, oleh sebab itu pembangunan hukum menjadi relevan untuk ditelaah kembali keberlakuan sehingga terdapat hal baru yang dibutuhkan pengaturan dapat direkomendasikan sebagai perubahan muatan Undang-Undang tersebut.

a. Pemenuhan Pembentukan Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Kesehatan memberi kontribusi dalam pembangunan hukum kesehatan, dengan materi muatan yang meliputi perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan; penyelenggaraan Pendidikan dan/atau pelatihan tenaga kesehatan; kulaifikasi minimum tenaga kesehatan; perizinan tenaga kesehatan; hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional; penempatan tenaga kesehatan; hak dan kewajiban tenaga kesehatan; kompetensi manajemen kesehatan masyarakat; penyeleggaraan fasilitas pelayanan kesehatan; perbekalan kesehatan; perbekalan kesehatan berupa obat generik yang termasuk dalam daftar obat esensial nasional; pembentukan Lembaga yang bertugas dan berwenang melakukan penapisan, pengaturan, pemanfaatan, serta pengawasan terhadap penggunaan teknologi dan produk teknologi; pelaksanaan uji coba teknologi atau produk teknologi terhadap manusia; pengembangan teknologi dan/atau produk teknologi yang dapat berpengaruh dan membawa risiko buruk terhadap

kesehatan masyarakat; standar pelayanan minimal kesehatan; standar mutu pelayanan kesehatan; tata cara dan jenis pelayanan kesehatan tradisional; peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit; syarat dan tata cara penyelenggaraan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh; syarat dan tata cara penyelenggaraan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh; syarat dan tata cara penyelenggaraan pemasangan implant obat dan/atau alat kesehatan; syarat dan tata cara bedah plastik dan rekonstruksi; penggunaan sel punca; pelayanan kesehatan reproduksi yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif, termasuk reproduksi dengan bantuan dilakukan secara aman dan sehat dengan memperhatikan aspek yang khas, khususnya reproduksi perempuan; indikasi kedaruratan medis dan perkosaan; kesehatan sekolah; penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada bencana; pelayanan darah; penanggulangan gangguan penglihatan dan pendengaran; kesehatan matra; pengadaan, penyimpanan, pengolahan, promosi, pengendalian sediaan farmasi dan alat kesehatan harus memenuhi standar mutu pelayanan farmasi; mengolah, memproduksi, mengedarkan, mengembangkan, meningkatkan, dan menggunakan obat tradisional; pelaksanaan praktik kefarmasian; pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif; upaya identifikasi mayat; bedah mayat anatomis; pelaksanaan bedah mayat forensic; penentuan kematian dan pemanfaatan organ donor; pelayanan kesehatan ibu; persyaratan kehamilan di luar cara alamiah; kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif; jenis-jenis imunisasi dasar; upaya kesehatan jiwa; penyakit menular; standar baku mutu kesehatan lingkungan dan proses pengolahan limbah; pengelolaan kesehatan; sistem informasi kesehatan; tata cara alokasi pendanaan kesehatan; tata cara

alokasi pendanaan kesehatan; keanggotaan, susunan organisasi dan pendanaan BPKN dan BPKD; masyarakat dan terhadap setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan sumber daya kesehatan di bidang kesehatan dan upaya kesehatan; pengawasan; tata cara pengambilan tindakan administratif.

b. Pemenuhan Hak Informasi atas Data Kesehatan dan Tindakan bagi Pasien

Pemenuhan hak atas informasi menjadi salah satu hak yang diatur dalam Undang-Undang Kesehatan yang tersurat dalam Pasal 8 yaitu setiap orang berhak memperoleh informasi terkait data kesehatan termasuk tindakan dan pengobatan yang diterima dan akan diterima dari tenaga kesehatan, sehingga dapat diidentifikasi sebagai hak yang diperoleh bagi seorang pasien, yaitu hak memperoleh data kesehatan pasien yang bersangkutan; dan hak memperoleh informasi atas tindakan medis dan juga pengobatan yang akan atau yang telah diberikan tenaga kesehatan.

Hak memperoleh data kesehatan diwujudkan dalam bentuk rekam medis yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, yaitu berkas berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dalam bidang kedokteran dan kedokteran gigi menjadi salah satu bukti tertulis terkait proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi yang berisi data klinis pasien selama proses diagnosis dan pengobatan, sehingga setiap kegiatan pelayanan medis harus memiliki rekam medis yang lengkap dan akurat dengan mengisinya secara benar, lengkap, dan tepat waktu

untuk setiap pasien⁵⁹. Rekam medis terbagi menjadi 2 bentuk yaitu rekam medis konvensional dan elektronik, yang masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan, seperti misalnya kebocoran data kesehatan pasien dan pengubahan data rekam medis oleh orang yang tidak berhak.

Hak memperoleh informasi atas tindakan medis dan pengobatan yang akan dan telah diberikan oleh tenaga kesehatan, berkaitan dengan hubungan antara dokter dan pasien yang disebut dengan perjanjian terapeutik yang menempatkan kedudukan para pihak yang seimbang, pasien berhak menentukan tindakan medis yang diterima dan memperoleh informasi sebelum memperoleh tindakan yang dikategorikan sebagai hak untuk menentukan diri sendiri (*right to self-determination*).

Dalam Pasal 45 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran disebutkan bahwa setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan setelah mendapat penjelasan secara lengkap. Persetujuan yang dimaksud dapat berupa lisan ataupun tertulis, dan untuk tindakan kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

Namun hal penting sebelum masuk ke dalam persetujuan adalah adanya *informed consent* yaitu segala tindakan medis yang akan dilakukan oleh seorang dokter terhadap seorang pasien dimana seorang pasien harus mendapatkan pemahaman informasi secara komprehensif, serta disertai dengan dampak yang ditimbulkan dari adanya upaya medis yang dilakukan. Syarat subjektif untuk terjadinya transaksi terapeutik adalah

⁵⁹ Konsil Kedokteran Indonesia. *Op.Cit*, hlm. 12

dengan adanya *informed consent* yang memiliki dua orientasi penting yaitu hak dasar manusia yang diantaranya adalah adanya hak atas informasi serta hak untuk menentukan nasibnya sendiri. Yang dinyatakan secara langsung maupun tertulis. Guna menghindari segala bentuk *information missing* antara tenaga medis/dokter dengan pasien penyampaian mengenai tindakan medis haruslah dilakukan pada bagian awal atau sebelumnya dilakukan tindakan medis. Kemampuan atau kompetensi pasien untuk mengambil keputusan merupakan salah satu komponen terpenting dalam *informed consent*, yang akan mempengaruhi tindakan yang akan dilakukan oleh dokter⁶⁰.

Permasalahan hukum yaitu saat ketiadaan *informed consent* terhadap pemenuhan hak pasien sebelum diambil sebuah tindakan, kemudian persoalan hukum lainnya adalah ketiadaan persetujuan dari pasien atas tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, kedua permasalahan hukum ini ketika terjadi apakah permasalahan hukum tersebut masih bisa termasuk dalam ranah transaksi terapeutik sebagai sebuah bentuk keperdataan semata atau memiliki aspek administratif, atau sampai dengan aspek pidana, dan apakah tindakan yang dilakukan tanpa persetujuan masuk ke dalam tindakan yang disebutkan sebagai bentuk mal praktik, sementara ini jika dicermati di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran tidak terdapat pengaturan sanksi baik itu administratif maupun pidana terhadap pelanggaran ketentuan tersebut.

⁶⁰ Akbar Prasetyo Budiarsih.; Adetya Firnanda, *Pertanggungjawaban Dokter Dalam Misdiagnosis Pada Pelayanan Medis Di Rumah Sakit*. Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia Vol. 01, No. 02, April 2021), hlm. 55-56.

c. Kebutuhan Pengaturan terkait dengan Teknologi Kesehatan

Perkembangan dunia kesehatan saat ini tidak terlepas dari pesatnya perkembangan teknologi yang terjadi akhir-akhir ini. Jika kita merujuk pada pendapat *Rogowski* bahwa suatu teknologi kesehatan dibagi dalam 5 kelompok sebagai berikut:

- 1) Obat-obatan, meliputi: bahan-bahan kimia dan substansi biologis yang dipakai untuk dimakan, diinjeksikan ke tubuh manusia untuk kepentingan medis;
- 2) alat-alat (*device*) meliputi: alat-alat khusus untuk tujuan: diagnostik, terapi;
- 3) prosedur bedah dan medis atau kombinasinya yang sering kali sangat kompleks;
- 4) sistem penunjang atau *support system*: adalah teknologi yang digunakan untuk memberikan pelayanan medis di rumah sakit;
- 5) sistem organisasional, adalah teknologi yang digunakan untuk menjamin penyampaian pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

Mengingat pentingnya teknologi kesehatan ini maka di dalam Pasal 43 disebutkan bahwa:

- (1) *Pemerintah membentuk lembaga yang bertugas dan berwenang melakukan penapisan, pengaturan, pemanfaatan, serta pengawasan terhadap penggunaan teknologi dan produk teknologi.*
- (2) *Pembentukan lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.*

Namun dalam pelaksanaannya hingga saat ini lembaga dimaksud belum juga terbentuk, dan juga belum terlihat eksistensi keberadaan lembaga tersebut, padahal lembaga

tersebut memiliki peran penting terhadap penggunaan teknologi dan produk teknologi dalam dunia kesehatan.

Perkembangan teknologi di bidang kesehatan yang telah dicapai sampai saat ini dapat dikatakan sebagai bentuk dari sebuah kehidupan modern. Walaupun demikian kekuatan teknologi harus dimanfaatkan secara hati-hati dan penuh tanggung jawab, untuk menjamin bahwa kita menerapkan secara efisien dan manusiawi. Penggunaan teknologi kesehatan yang tepat melibatkan tidak hanya penguasaan ilmu pengetahuan, peralatan teknik atau mesin dan konsep-konsep tetapi juga untuk mengetahui masalah ekonomi, etika dan moral, sehingga pengaturan yang terdapat pada Pasal 60 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyebutkan: *“Penggunaan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma sosial budaya dan kebudayaan masyarakat”* tidak hanya ditujukan terhadap pengobatan tradisional semata, namun juga terhadap pengobatan pada umumnya.

- d. Pengaturan tentang Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh demi kepentingan kemanusiaan dan pemulihan kesehatan.

Perkembangan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh telah dilakukan di Indonesia pada tahun 1977, dengan pertama kali dilakukan di RSCM yaitu transplantasi ginjal yang terhitung hingga tahun 2014 terbilang tertinggal jauh dibandingkan dengan negara maju seperti Amerika Serikat⁶¹, dengan permasalahan sumber daya manusia, fasilitas, serta dukungan regulasi.

⁶¹ United States Renal Data System (USRDS). 2015. Percentages & counts of reported ESRD patients: by treatment modality. Available at: <http://www.usrds.org/reference.aspx>.

Dalam Pasal 64 UU Nomor 36 Tahun 2009 mengatur transplantasi organ secara umum yang dilakukan hanya untuk kemanusiaan dan dilarang dikomersialkan dengan diperjualbelikan sesuai dalam Pasal 192 terkait sanksi.

Dalam Pasal 65 UU Nomor 36 Tahun 2009 terkait transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh hanya dapat dilakukan tenaga Kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan yang dilakukan di fasilitas pelayanan Kesehatan dengan ketentuan donor transplantasi.

Dalam pasal 123 UU Nomor 36 Tahun 2009 yang dinyatakan dengan memperbolehkan dilakukan transplantasi organ yang donornya berasal dari tubuh yang terbukti mengalami mati batang otak/donor jenazah, dengan kriteria kematian yaitu *Total Brain Death*.

Gambaran transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh di Indonesia masih rendah, dengan pengaturan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 yang terbatas dan diperkuat dengan budaya dan kepercayaan meminimalkan praktik transplantasi organ sehingga banyak orang atau yang memerlukan transplantasi masih mendatangkan organ yang berasal dari luar negeri. Majelis Ulama Indonesia telah mengeluarkan fatwa Nomor 11 Tahun 2007, Nomor 12 Tahun 2007, dan Nomor 13 tahun 2019⁶² tentang transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh dari pendonor untuk orang lain. Bahwa apabila ditemukan penyakit yang secara medis pengobatannya dapat dilakukan dengan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh orang lain dengan kriteria yang memiliki kesamaan.

Berdasarkan gambaran yang terjadi, diperlukan pengaturan terkait penghargaan kepada pendonor atau ahli warisnya dengan mendapatkan prioritas sebagai penerima donor/resipien jika

⁶² Fatwa MUI Nomor 11 Tahun 2007 tentang Pengawetan Jenazah untuk Kepentingan Penelitian; Fatwa MUI Nomor 12 Tahun 2007 tentang Penggunaan Jenazah untuk Kepentingan Penelitian; Fatwa MUI Nomor 13 Tahun 2019 tentang Transplantasi Orgab dan/atau Jaringan Tubuh dari Pendonor Hidup untuk Orang Lain.

memerlukan transplantasi organ dan mendapatkan urutan daftar tunggu dengan pertimbangan faktor kesesuaian urgensi, hubungan kekeluargaan, usia, pediatric status, prior living donor, distance from donor hospital, dan survival benefit dengan perlu melakukan sosialisasi dan peran serta masyarakat sebagai pendonor organ dan/atau jaringan tubuh sebagai kepentingan kemanusiaan dan pemuliharaan Kesehatan. Keterbatasan sumber daya manusia dibutuhkan pelaksanaan Pendidikan dan penelitian yang menunjang kegiatan pelayanan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh. Pelaksanaan mengenai transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh tetap memperhatikan persetujuan dari pendonor atau ahli waris pendonor berdasarkan pertimbangan moral, norma agama, keamanan dan ketertiban umum, dan/atau peraturan perundang-undangan.

2. Layanan Kesehatan Primer

Penguatan pelayanan kesehatan primer menjadi upaya mewujudkan pembangunan kesehatan berwawasan dengan pemberdayaan masyarakat, pembudayaan Germas, dan penggerakan lintas sektor, dengan rincian strategi, yang mencakup pada, penguatan dan perluasan upaya edukasi dan pemberdayaan masyarakat, termasuk untuk peningkatan peran aktif dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat; Pengendalian penyakit berbasis masyarakat melalui UKBM, pendekatan keluarga dan pelibatan swasta. Pemberdayaan secara umum merupakan suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, serta kemampuan masyarakat dalam rangka mengenal, mengatasi, memelihara, melindungi, serta meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri.

a. Pemberdayaan Masyarakat di bidang kesehatan

Melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan diharapkan masyarakat mampu mengatasi sendiri masalah kesehatan mereka secara mandiri juga mencakup kemampuan

untuk memelihara dan melindungi diri baik individual, kelompok atau masyarakat dari ancaman kesehatan. UKBM merupakan wujud nyata peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan yang diharapkan dapat berkembang kearah bentuk yang ideal dan mandiri, ditopang oleh kemampuan pengorganisasian, serta pendanaan oleh masyarakat. Kesehatan bukan semata-mata merupakan tanggung jawab pemerintah atau lembaga kesehatan lainnya tetapi juga merupakan tanggung jawab masyarakat bahkan tanggung jawab setiap orang. UKBM merupakan salah satu bentuk implementasi pemberdayaan masyarakat yang dapat diukur dari tingkat keaktifan posyandu; Memperluas *Health in all Policies* (HiAP) untuk mendorong lebih banyak strategi lintas sektor dalam menangani determinan sosial yang luas dari bidang kesehatan di antara sektor kehidupan lainnya; penguatan sistem surveilans gizi secara nasional, pendampingan bagi daerah untuk dapat memberikan intervensi gizi secara berkelanjutan serta penyiapan respons untuk permasalahan gizi yang menjadi perhatian secara nasional; Peningkatan cakupan dan perluasan jenis imunisasi rutin; Penguatan deteksi dini penyakit berdasarkan faktor risiko sesuai dengan kelompok usia, yang pada RPJMN disebutkan bahwa perluasan skrining di layanan kesehatan primer difokuskan pada kasus *stunting*, *wasting* dan kematian ibu, Peningkatan kapasitas penemuan kasus baru penyakit menular.

b. Kemudahan akses Masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan kapan seseorang memerlukan pelayanan kesehatan dan bagaimana aksesnya terhadap pelayanan kesehatan tersebut. Menurut ketentuan peraturan perundang-undangan

yang masih berlaku pada saat ini yaitu Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dinyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan serta setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.⁶³ Hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional (Riskesdas) tahun 2018 menemukan bahwa 31,8% masyarakat masih “sulit” mengakses pelayanan puskesmas dan 29,0% mengaku “sangat sulit”. Salah satu penyebab rendahnya aksesibilitas penduduk terhadap fasilitas kesehatan adalah kemiskinan/rendahnya kemampuan finansial.⁶⁴ Berdasarkan publikasi Badan Pusat Statistik (BPS) sampai dengan bulan Maret 2019, jumlah penduduk miskin di Indonesia sebesar 25,14 juta orang atau 9,41%. Di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), jumlah penduduk masyarakat miskin hingga September 2019 sebanyak 1,13 juta orang atau 20,62% dari 5,44 juta penduduk.⁶⁵ Sejak tahun 2014, pemerintah terus berupaya mencegah kesenjangan pemanfaatan pelayanan kesehatan akibat mahalnya biaya pelayanan kesehatan. Salah satunya upaya tersebut adalah kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Dengan adanya JKN diharapkan masyarakat yang menjadi peserta akan terlindungi dari risiko penderitaan finansial ketika mengakses kebutuhan dasar pelayanan kesehatan.⁶⁶

⁶³ Irawan B, Ainy A. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir*. J Ilmu Kesehat Masy. 2018;9(3):189–97

⁶⁴ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta; 2018.

⁶⁵ Badan Pusat Statistik Provinsi NTT. *Profil Kemiskinan di Provinsi NTT September 2019*. Kupang; 2019.

⁶⁶ Rahmarini C. *Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandedan Banjarnegara*. Universitas Negeri Semarang; 2019.

Puskesmas adalah organisasi pelayanan kesehatan terdepan yang disediakan oleh pemerintah untuk menjangkau masyarakat melalui pelayanan kesehatan primer (*gatekeeper*). Puskesmas sebagai sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat berfungsi membina peran serta masyarakat sekaligus memberikan pelayanan kesehatan primer yang bermutu, menyeluruh dan terpadu di wilayah kerjanya. Dalam kaitanya diharapkan puskesmas terus menjaga mutu pelayanan agar masyarakat yang memanfaatkan pelayanan mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu.⁶⁷

- c. Pemenuhan sarana, prasarana, obat, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan alat kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer.

Kunjungan ke fasilitas kesehatan merupakan salah satu bentuk pemanfaatan pelayanan kesehatan. Menurut Andersen, pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor *predisposisi* (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap dan keyakinan), faktor pendukung (sumberdaya keluarga seperti dukungan sosial dan sumberdaya masyarakat seperti jumlah dan rasio tenaga kesehatan), dan faktor kebutuhan (penilaian individu dan penilaian klinik terhadap suatu masalah kesehatan).⁶⁸

Pemenuhan sarana, prasarana, obat, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan alat kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer. Pemenuhan ini meliputi antara lain:

- 1) Perluasan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan primer melalui pembangunan puskesmas, sehingga diharapkan

⁶⁷ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

⁶⁸ Babitsch B, Gohi D, Lengerke T Von. Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> diakses pada tanggal 11 Juli 2022

- pada 2024, seluruh kecamatan di Indonesia telah memiliki puskesmas;
- 2) Pemenuhan sarana prasarana puskesmas, termasuk obat, BMHP dan alat Kesehatan sebagai bagian dari komitmen untuk penyediaan 40 jenis obat esensial di puskesmas seluruh Indonesia;
 - 3) Pemenuhan sarana prasarana imunisasi di seluruh puskesmas di Indonesia.

Tidak dapat dipungkiri bahwa kondisi sarana dan prasarana merupakan salah satu unsur yang dianggap sangat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sarana prasarana yang disediakan harus menjamin faktor kenyamanan, kebersihan, obat yang diberikan dan juga informasi tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) wajib disediakan oleh pihak Puskesmas.⁶⁹ Dalam memanfaatkan sebuah pelayanan kesehatan, masyarakat umumnya mempertimbangkan sarana dan prasarana yang ada dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Semakin baik sarana dan prasarana yang disediakan, maka masyarakat akan cenderung untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Selain memanfaatkan pelayanan, ada kemungkinan masyarakat akan mempertimbangkan untuk menyarankan pemilihan pengobatan kepada orang lain yang ada disekitarnya. Oleh karena itu, dalam pelayanannya Puskesmas diharapkan perlu mengintervensi beberapa hal, diantaranya adalah dengan memperbaiki sistem pelayanan yang diberikan dan juga semakin meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana yang sudah ada sebelumnya seperti

⁶⁹ Kurniawan D. *Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Masyarakat Dalam Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional Di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar*. Universitas Hasanuddin; 2018.

ketersediaan air bersih, peralatan yang digunakan, dan kebersihan yang sudah dinilai baik oleh masyarakat.

d. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer yang komprehensif

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer yang komprehensif melalui penguatan tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta, yang mencakup: a) Penguatan tata kelola manajemen puskesmas b) Penguatan pelayanan esensial sesuai standar, termasuk untuk daerah terpencil dan sangat terpencil c) Penguatan tata laksana rujukan termasuk rujuk balik; d) Standardisasi mutu FKTP swasta, melalui penyediaan NSPK, akreditasi dan upaya pendampingan yang berkelanjutan e) Peningkatan partisipasi publik dan swasta pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer.

Walaupun telah dilakukan layanan primer, namun kenyataan di lapangan terjadi permasalahan yang mengakibatkan kematian dengan melakukan ranking jumlah kematian terbanyak yang dikategorikan sesuai dengan siklus hidup, yaitu bayi (*Neonatal disorders, Congenital birth defects, sexually transmitted infections exc.HIV, lower respiratory infectios, diarrheal, unintentional injuries, tetanus*) yang mengakibatkan kematian sejumlah 96,8%; anak-anak (*neonatal disorders, congenital birth defects, diarrheal, lower respiratory infectios, unintentional injuries, Demam Berdarah, sexually transmitted infections exc.HIV*) yang mengakibatkan kematian sebanyak 76,4%; remaja (*transport injuries, kanker, tuberkulosis, unintentional injuries, typhus, Cirrhosis, self-ham and interpersonal violence*) yang mengakibatkan kematian sebanyak 63,9%; dewasa (kanker, penyakit jantung, stroke, *cirrhosis, Diabetes Mellitus, Tuberkulosis, transport injuries*) yang mengakibatkan penyakit sejumlah 72,6%; Lansia (

Stroke, penyakit jantung, kanker, diabetes mellitus, *lung's disease, cirrhosis, tuberculosis*) dengan tingkat kematian sejumlah 73,5%, dengan kenyataan bahwa pendanaan kesehatan hanya 17% untuk pencegahan dan 67 % untuk pengobatan⁷⁰.

Kematian tertinggi pada setiap tingkatan usia diupayakan dengan upaya deteksi dini di layanan primer secara luas, berupa skrining pada penyakit penyebab kematian, seperti pada usia 0-6 bulan dengan penyebab penyakit yang meliputi hipotiroid kongenital, thalassemia, anemia dan kanker anak, dilakukan skrining melakukan pemeriksaan kadar *tiroid stimulating hormone* dan Analisa hemoglobin. Pada usia 13-18 tahun ditemukan penyebab kematian berupa anemia dan kanker anak kardiovaskuler dengan dilakukan skrining berupa pemeriksaan darah lengkap. Pada usia 18-50 tahun, ditemukan penyebab kematian yaitu stroke, serangan jantung, hipertensi, penyakit paru, penyakit paru non-infeksi, tuberkulosis, kanker paru, hepatitis, diabetes, kanker payudara dan kanker serviks. Pada usia tersebut perlu dilakukan skrining yaitu pemeriksaan tekanan darah, EKG, kolesterol total, LDL, HDL, trigliserida; rontgen dada; rapid antigen hep B dan C, SGOT, SGPT, Gula darah dan HbA1C, cek payudara, dan pemeriksaan serviks. Terakhir pada usia >50 tahun ditemukan penyakit kanker usus dengan skrining berupa *Biomarker Carcinoembryonic antigen*. Perluasan deteksi dini di layanan primer kemudian digambarkan sebagai berikut:

⁷⁰ Institute for Health Metrics Evaluation, 2019. *Mapping 123 Million neonatal, infant and child deaths between 200 and 2017*. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1545-0> Diakses pada 11 Juli 2022

Gambar 2.8 Perluasan deteksi dini di lingkungan primer

Sasaran Usia	No	Penyebab kematian	Jenis skrining
0-6 bulan	1	Hipotiroid kongenital	Kadar tiroid stimulating hormone
	2	Thalasemia	Analisa hemoglobin
13-18 tahun	3	Anemia dan kanker anak	Periksa darah lengkap
Kardiovaskuler			
18-50 tahun	4	Stroke	Tekanan darah, EKG, kolesterol total, LDL, HDL, trigliserida,
	5	Serangan jantung	
	6	Hipertensi	
Penyakit Paru			
	7	Penyakit paru non-infeksi	Rontgen dada
	8	Tuberkulosis	
	9	Kanker paru	
Hepatitis			
	10	Hepatitis	Rapid antigen hep B dan C, SGOT, SGPT
Diabetes			
	11	Diabetes	Gula darah dan HbA1C
Kanker			
	12	Kanker payudara	Cek payudara klinis
	13	Kanker serviks	Pemeriksaan serviks (IVA)
	14	Kanker usus	Biomarker Carcinoma embryonic antigen
>50 tahun			

Sumber: Kementerian Kesehatan

Penguatan pada layanan primer dilakukan dengan upaya pembangunan, pemenuhan kebutuhan puskesmas yang dilengkapi dengan Sumber Daya Manusia dan sarana Prasarana, dan keterlibatan swasta, yaitu dengan penyediaan 52.072 provider layanan primer, 10.292 puskesmas, 11.347 klinik swasta dengan 30.522 dokter dan dokter gigi mandiri yang direncanakan tersebar pada 171 kecamatan yang akan dibangun puskesmas yang terbagi atas 3 tahun dimulai sejak tahun 2022 sejumlah 44 puskesmas, 2023 sebanyak 60 puskesmas, dan tahun 2024 sejumlah 67 puskesmas.

Layanan kesehatan primer yang seharusnya dinikmati masyarakat Indonesia, belum mampu diperoleh atas akses menuju kesehatan dasar/*basic healthcare system*, yang diperkuat dengan pengaturan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang belum membagi kewenangan Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah, yaitu

belum diaturnya pembagian wewenang antara pusat dan daerah, sebagai substansi yang telah termuat dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yaitu pemberian wewenang dan kewajiban kepada pemerintah daerah dalam melaksanakan upaya kesehatan yang mencakup pada standar pelayanan minimal. Selain itu, pengaturan terkait posyandu/Unit Kesehatan Berbasis Masyarakat belum menjadi bagian dari sistem Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

e. Transformasi struktur kesehatan

Transformasi struktur kesehatan hingga desa dan dusun diselenggarakan bertujuan untuk memperluas jangkauan dilakukan melalui kelembagaan dan berbagai level. Kelembagaan tersebut dilaksanakan secara terstruktur mulai dari level tertinggi hingga level terendah. Pada level tertinggi, transformasi struktur kesehatan dilakukan pada dinas kesehatan yang berada di tingkat kabupaten/kota, Puskesmas di tingkat kecamatan, posyandu di tingkat desa/kelurahan, kegiatan posyandu di tingkat dusun/RT/RW, dan level terbawah yaitu melalui kunjungan rumah di tingkat rumah/masyarakat.

Gambar 2.9 Transformasi Struktur Kesehatan

Transformasi struktur kesehatan hingga desa dan dusun untuk memperluas jangkauan



Sumber: Kementerian Kesehatan

Terdapat data mengenai transformasi struktur kesehatan yang diselenggarakan dari tingkat provinsi hingga desa dan dusun yang bertujuan untuk memperluas jangkauan. Berdasarkan hal tersebut, dibutuhkan penyesuaian pengaturan terkait kewajiban dan wewenang antara pemerintah pusat dan daerah dan juga substansi yang terdapat Undang-Undang tentang Pemerintahan Daerah terkait dengan upaya kesehatan, pengaturan Sumber Daya Manusia, pengawasan obat dan makanan, dan pendayagunaan masyarakat seperti posyandu/UKBM yang menjadi kewenangan daerah, yang diperparah dengan permasalahan dalam hal data kesehatan yang sulit untuk diperoleh dan tidak konsisten serta kemutakhiran yang rendah tanpa integrasi data kesehatan yang berujung pada pencatatan berulang dan tumpang tindih sehingga berdampak pada penurunan kualitas pelayanan fasilitas layanan kesehatan sehingga perlu untuk terakomodir dalam rancangan Undang-Undang Kesehatan.

f. Pengutamaan prinsip *Continuum of Care* dalam pelayanan kesehatan

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, WHO menyatakan pentingnya mengutamakan prinsip *continuum of care* dalam pelayanan kesehatan di mana fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pengamatan kesehatan pasien secara berkesinambungan. Pengamatan pasien secara berkesinambungan dan komprehensif dapat membantu para tenaga kesehatan dalam mengevaluasi tata laksana kesehatan yang telah diberikan. Hasil evaluasi tata laksana yang baik dapat memudahkan komunikasi antar Fasilitas pelayanan kesehatan untuk melaksanakan rujukan dengan efektif dan efisien bila diperlukan.

Pencatatan data yang tidak lengkap, inkonsisten, serta akurasi yang masih rendah merupakan faktor utama penurunan kualitas dalam pelayanan fasilitas layanan kesehatan. Pencatatan data yang lengkap dan terstandarisasi dapat memudahkan penyusunan *evidence-based policy*, persiapan fasilitas layanan kesehatan dalam meningkatkan kompetensi, serta memangkas beban kerja administratif puskesmas dan rumah sakit yang hingga kini menggunakan lebih dari 60 aplikasi sekaligus untuk memenuhi administrasi pelaporan. Dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan beberapa poin fokus permasalahan sebagai berikut:

- 1) Data kesehatan sulit diakses oleh tenaga kesehatan secara mudah, berkesinambungan dan *real time*.
- 2) Belum tercapainya kelengkapan, konsistensi dan akurasi data kesehatan dalam memenuhi kebutuhan penyusunan kebijakan berbasis bukti (*evidencebased policy*).
- 3) Tidak adanya standarisasi dan integrasi data kesehatan sehingga sulit mewujudkan interoperabilitas data kesehatan dalam pelaksanaan *continuum of care*.

- 4) Pencatatan data kesehatan tidak efektif dan efisien karena jumlah aplikasi administrasi terlalu banyak sehingga data yang tercatat tumpang tindih.

3. Layanan Kesehatan Rujukan

- a. Peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan rujukan

Sebagai upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selain dilakukan upaya promotif dan preventif, diperlukan juga upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif dapat diperoleh melalui rumah sakit yang juga berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan.⁷¹ Layanan kesehatan rujukan menjadi sistem penyelenggaraan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah kesehatan atau penyakit secara vertikal, yang mengisyaratkan berasal dari unit yang kurang mampu kepada yang lebih mampu atau secara horizontal yang berarti unit yang setingkat kemampuannya. Layanan kesehatan rujukan mengatur alur pemeriksaan kesehatan secara berjenjang dengan kebutuhan medis, dengan kata lain layanan rujukan diberikan jika layanan kesehatan primer yang melayani kesehatan tidak mampu memberikan layanan sesuai kebutuhan karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau ketenagaan⁷².

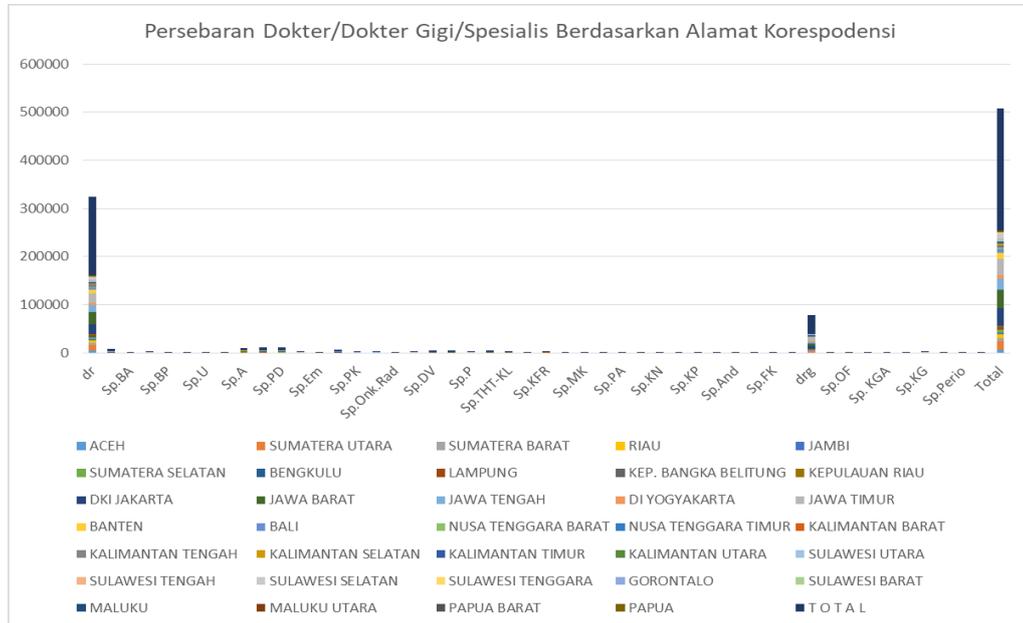
Rumah sakit di Indonesia dari tahun 2016-2020 mengalami peningkatan sebesar 12,86%. Pada tahun 2016 jumlah rumah sakit sebanyak 2.601 meningkat menjadi 2.985 pada tahun 2020. Jumlah rumah sakit di Indonesia sampai dengan tahun 2019 terdiri

⁷¹ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta; 2018. Hlm 37.

⁷² IDI. *Penataan Sistem Pelayanan Kesehatan Rujukan: Mewujudkan Sistem Pelayanan Nasional yang Berorientasi Pelayanan Primer dalam Menuju Universal Coverage dan Memenangkan Persaingan di Era Globalisasi*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia Pengurus Besar 2015-2018.

dari 2.344 Rumah Sakit Umum (RSU) dan 533 Rumah Sakit Khusus (RSK). Perkembangan jumlah rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dalam lima tahun terakhir.

Gambar 2. 10 Perkembangan RS Umum dan RS Khusus dalam lima tahun terakhir



Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2021

Gambar 2. 11 Persebaran Dokter/Dokter Gigi/Spesialis berdasarkan alamat korespondensi



Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2021

Akses menuju layanan kesehatan rujukan di Indonesia terbatas terutama pada daerah di luar Jawa dengan rata-rata 1.18 untuk tempat tidur RS/1000 populasi, dibawah rata-rata Asia 3.3 dan rata-rata negara OECD 4.8, dengan persebaran pada pulau-pulau Indonesia, yaitu Jawa & Bali sebesar 1.10 atas 152.42 juta populasi, DKI Jakarta 2.24 untuk 10.37 juta populasi, Sumatera 1.28 untuk 56.95 juta populasi, Kalimantan 1.19 atas 15.92 juta

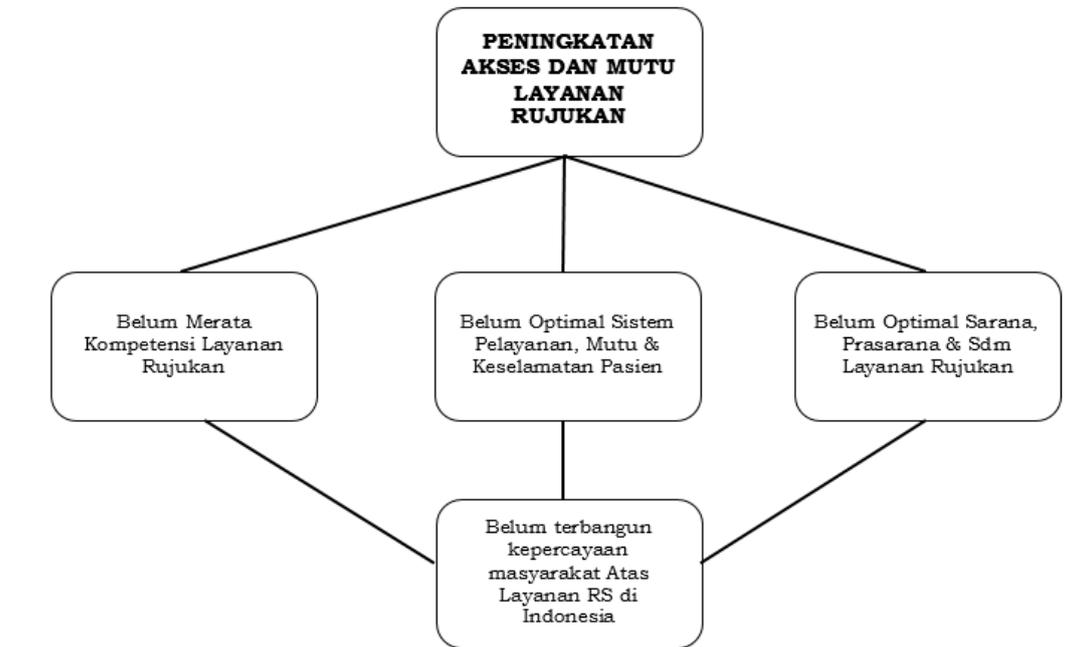
populasi, Sulawesi sejumlah 1.46 untuk 19.22 juta populasi, Maluku 1.18 pada 2.95 juta populasi, Nusantara tenggara 0.76 atas 10.24 juta populasi dan Papua 1.20 atas 4.18 juta populasi.

Berdasarkan penyajian data mengenai persebaran Dokter spesialis di atas dapat dilihat bahwa persebaran Dokter Spesialis secara keseluruhan mencapai 254.070 dokter, dengan persebaran tertinggi berada di Provinsi Jawa Barat mencapai angka 37.793 dokter spesialis, dan persebaran terendah ada pada provinsi Sulawesi Barat dengan angka persebarannya mencapai 371 dokter spesialis. Sedangkan berdasarkan spesialisasinya data tertinggi dimiliki oleh dokter spesialis penyakit dalam dengan jumlah 5539 dokter, dan terendah dimiliki oleh dokter spesialis kelautan, yang hanya terdapat 8 dokter di seluruh Indonesia.⁷³

Layanan rujukan dalam peningkatan akses dan mutu layanan rujukan mengalami kendala yang disebabkan karena belum optimalnya sarana, prasarana dan SDM layanan rujukan, belum meratanya kompetensi layanan rujukan dan belum terbangunnya kepercayaan masyarakat terhadap layanan Rumah Sakit di Indonesia, dan belum optimalnya sistem pelayanan, mutu dan keselamatan pasien, yang dapat digambarkan sebagai berikut:

⁷³ Konsil Kedokteran Indonesia, 2017. *Persebaran Dokter/Dokter Gigi/Spesialis berdasarkan Alamat Korespondensi*. Diakses dari http://kki.go.id/index.php/report/rekap_data, pada 12 Juli 2022.

Gambar 2.12 Permasalahan dalam Pelayanan Rujukan



Sumber: Transformasi Sistem Kesehatan Nasional 2021-2024

Transformasi pelayanan kesehatan rujukan, merupakan jalan yang ditempuh untuk menghadapi permasalahan pelayanan rujukan dengan peningkatan akses dan kualitas layanan sekunder dan tersier sesuai dengan 6 (enam) pilar transformasi Kesehatan⁷⁴. Transformasi kesehatan dalam penyediaan layanan rujukan yang lebih berkualitas, berfokus pada transformasi rujukan, yaitu:

- 1) Berfokus pada 9 (Sembilan) penyakit katastroofik yang merupakan penyebab kematian tinggi dan berbiaya besar, yaitu stroke, jantung, kanker, diabetes, ginjal, hati, kesehatan ibu dan anak, tuberkulosis, dan infeksi⁷⁵.
- 2) Perluasan akses ke pelayanan kesehatan rujukan secara merata dan berkeadilan di seluruh daerah sesuai dengan Rencana Induk Nasional Fasilitas Pelayanan Kesehatan, yang mencakup pembangunan RS kelas B terutama di Provinsi

⁷⁴ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024.

⁷⁵ Institute for Health Metrics Evaluation, 2019. *Mapping 123 Million neonatal, infant and child deaths between 200 and 2017*. Diakses dari <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1545-0>, pada 11 Juli 2022.

Maluku, NTT dan Papua, kemudian pembangunan RS Pratama di provinsi DTPK dan penambahan sarana dan prasarana alat kesehatan PONEK di seluruh provinsi, serta upaya terobosan penyediaan pelayanan kesehatan lainnya untuk peningkatan akses pelayanan kesehatan di daerah yang sulit diakses.

- 3) Peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan yang mencakup obat, alat kesehatan, sarana dan prasarana dan aspek layanan lainnya, yaitu penguatan pusat rujukan nasional untuk layanan kesehatan ibu dan anak, kanker, serta pernapasan di RS Rujukan Nasional, pengembangan RS Rujukan Nasional di setiap Provinsi (42 RS Rujukan Nasional) yang menjadi rumah sakit rujukan tertinggi serta menjadi pusat layanan unggulan dari 9 (sembilan) jenis layanan kesehatan prioritas, kemudian pengembangan jejaring pengampuan 6 (enam) layanan unggulan di seluruh provinsi (RS Jantung Harapan Kita untuk jantung, RS Persahabatan untuk tuberkolusis, RS Ibu dan Anak Harapan Kita untuk kesehatan ibu dan anak, RS Kanker Dharmais untuk kanker, RS PON untuk stroke, dan RSCM untuk diabetes), membangun kemitraan seluruh RS Kementerian Kesehatan dengan dengan *world's top healthcare center* dan universitas terbaik untuk riset, serta stratifikasi layanan unggulan RS menjadi *Center of Excellence ASEAN/Asia*.
- 4) Penataan sistem rujukan secara nasional termasuk upaya untuk pemenuhan RS Rujukan Nasional di setiap provinsi.
- 5) Upaya pemenuhan SPA secara berkelanjutan akan dilaksanakan berdasarkan sebuah rencana induk.

Strategi transformasi pelayanan kesehatan rujukan tersebut dilaksanakan melalui upaya sebagai berikut:

- 1) Pemenuhan sarana dan prasarana, alat kesehatan, obat dan BMHP pada layanan rujukan, yang mencakup:
 - a) Pembangunan rumah sakit di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK).

- b) Peningkatan Sarana, Prasarana dan Alat kesehatan (SPA) sesuai standar di rumah sakit.
 - c) Pemenuhan obat dan BMHP di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
 - d) Pembangunan RS UPT Vertikal Pusat di Provinsi Maluku, NTT dan Papua.
- 2) Penguatan tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik, dengan upaya seperti:
- a) Penguatan mekanisme dan sistem rujukan terutama di Rumah Sakit Umum (RSU).
 - b) Penyediaan dan pengembangan pendidikan dan pelatihan di rumah sakit.
 - c) Pemanfaatan teknologi untuk deteksi dini dan respons penyakit dalam hal ini adalah telemedisin.
 - d) Penyusunan dan implementasi Panduan Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK).
- 3) Penyediaan pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas, melalui:
- a) Pengembangan RS Rujukan Nasional di setiap Provinsi (42 RS Rujukan Nasional).
 - b) Penyediaan akses layanan rujukan di daerah luar Jawa
 - c) Penguatan mutu rumah sakit.
 - d) Inovasi dan pengembangan Rumah Sakit Khusus.
 - e) Program sister hospital dan stratifikasi layanan unggulan rumah sakit menjadi *Center of Excellence* ASEAN/Asia.

- b. Peningkatan Mutu dan Akses layanan rujukan yang didasarkan pada *clinical outcome*

Peningkatan Mutu dan Akses layanan rujukan, didasarkan pada kepemimpinan dan layanan yang berdasar kebutuhan pasien yang menuju outcome pelayanan dan klinikal, melalui akreditasi, *Center of Excellence*, *One Stop Service*, *sister hospital*, digitalisasi layanan rujukan,

stratifikasi dan jejaring pengampunan layanan prioritas, *academic health system*, sistem rujukan terintegrasi berbasis kompetensi, dan penanganan kedaruratan pra hospital-119.

Dalam pencapaian *clinical outcome* terdapat layanan prioritas, yaitu stroke dengan penurunan angka kematian 12% di tahun 2024; Kesehatan Ibu dan Anak dengan *clinical outcome* berupa penurunan 40% kematian maternal dan 30% kematian untuk neonatal. Pada penanganan Penyakit Infeksi Emerging, *clinical outcome* yang ingin tercapai berupa terkendalinya kejadian wabah penyakit infeksi emerging dan penurunan angka kematian akibat penyakit infeksi emerging; untuk layanan tuberkulosis berupa penurunan insidens rate 65/100.000, penurunan kematian TB 6/100.000 dan angka DP pengibatan TB di Rumah Sakit <10%; dan layanan untuk Diabetes Mellitus dengan *clinical outcome* berupa penurunan mortalitas dini akibat diabetes sejumlah 15%, penurunan komplikasi retinopati sejumlah 10%, penurunan komplikasi penyakit jantung coroner sejumlah 10% dan penurunan angka komplikasi penyakit ginjal diabetik sebanyak 10%.

Peningkatan mutu pelayanan rujukan melalui pengembangan *center of excellence* di Rumah Sakit dengan mengupayakan layanan yang berkualitas tinggi sebagai perjalinan antara kompetensi Sumber Daya Manusia, teknologi dan komitmen untuk menjadi yang terbaik. Pengembangan *center of excellence*, terlaksana dengan menggunakan kriteria, yaitu dengan memberikan mutu pelayanan klinis yang prima yang setara dengan kelas dunia; standar pelayanan yang tertinggi untuk unggulan yang dipilih; berteknologi tinggi; memiliki jejaring dengan Rumah Sakit lain untuk layanan unggulan; melakukan kerjasama dengan institusi Pendidikan; pemenuhan kebutuhan masyarakat; dan Rumah Sakit yaitu manajemen telah tersertifikasi oleh lembaga sertifikasi internasional.

Dalam pengembangan *Center of Excellence* di Rumah Sakit dilakukan komponen kegiatan, yaitu penyusunan pedoman center of excellence; Bimbingan dan pendampingan Rumah Sakit dalam pengembangan *Center of excellence*; penguatan komitmen pimpinan Rumah Sakit; pembentukan tim, penyusunan *grand design* layanan unggulan; pemenuhan SDM, sarana prasarana; monitoring dan evaluasi secara berkala dan penentuan *Service* dan *clinical Outcome*.

Peningkatan mutu layanan rujukan melalui pengembangan *Sister Hospital*, yaitu dengan melakukan perjanjian kerja sama melalui kegiatan yang dikerjasamakan diantara Rumah Sakit di Indonesia dan target indikator bersama diantara Rumah sakit Indonesia dan Rumah Sakit Luar negeri yang kemudian akan menyentuh dengan kegiatan pada manajemen Rumah Sakit, Manajemen pelayanan, pengembangan layanan unggulan, peningkatan kompetensi SDM, Pendidikan dan penelitian. Dalam pencapaian pengembangan *Sister hospital* perlu dilakukan kegiatan, berupa penyusunan pedoman; Mou *Sister Hospital* dengan Rumah Sakit Luar Negeri; kegiatan yang dikerjasamakan berupa (pelayanan, Pendidikan, penelitian dan/atau manajemen Rumah Sakit); kegiatan dukungan sebaya antar Rumah Sakit; penentuan indikator bersama; standarisasi *clinical outcome* berbasis digital; dan Rumah Sakit Unggul setara dengan *sister hospital*.

- c. Peningkatan Mutu dan Akses layanan rujukan melalui pembentukan jejaring pengampuan Rumah Sakit

Peningkatan mutu dalam stratifikasi dan jejaring pengampuan layanan prioritas, mengidentifikasi kompetensi Rumah Sakit dalam pelayanan 9 (Sembilan) penyakit prioritas dan pembentukan jejaring pengampuan, dengan masalah kesehatan pada penyakit prioritas (jantung, stroke,

tuberkulosis, kesehatan ibu dan anak, kanker, infeksi emerging, Diabetes Mellitus, hepar dan ginjal), dengan permasalahan berupa kompetensi rumah sakit yang belum merata, sistem rujukan belum optimal, terbatasnya sarana dan prasarana alat yang kemudian dilakukan stratifikasi dan pembentukan jejaring pengampunan sebagai peningkatan akses dan mutu. Stratifikasi dan pembentukan jejaring pengampunan dilakukan dengan tahapan penentuan Rumah Sakit pengampu utama, untuk selanjutnya dilakukan pemetaan kompetensi Rumah Sakit ke dalam strata kompetensi dan pembentukan jejaring pengampunan sesuai strata kompetensi dan selanjutnya dilakukan penentuan target pengampunan, pelaksanaan untuk meningkatnya kompetensi Rumah Sakit yang diampu dalam penanganan penyakit prioritas sehingga tercapai penurunan angka kesakitan, angka kematian dan biaya pelayanan dan peningkatan produktifitas dan kualitas hidup.

Gambar 2.13 Stratifikasi dan Jejaring Pengampunan Layanan Prioritas



Sumber: Pokja Transformasi Layanan Rujukan

d. Peningkatan *outcome* transformasi pada layanan rujukan

Indikator *Outcome* transformasi pada layanan rujukan, ditunjukkan dengan derajat Kesehatan Masyarakat Meningkat dengan Biaya yang Terjangkau Masyarakat, dengan penurunan angka kematian dan efisiensi biaya pelayanan Kesehatan dengan indikator output berupa:

- 1) Peningkatan Layanan Kesehatan, yaitu dengan terpenuhinya indikator program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga; terpenuhinya tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dan wahana Pendidikan; penataan sistem rujukan balik; penurunan *avoidable death* dan *nearmiss*; dan pendanaan Kesehatan.
- 2) Peningkatan Produktivitas Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan, yaitu dengan terpenuhinya dosen yang memenuhi kualifikasi; jumlah kelulusan uji kompetensi nasional dengan target >90% implementasi kurikulum *interprofessional education*.
- 3) Peningkatan Produktivitas Penelitian, yaitu dengan jumlah publikasi nasional dan internasional terkait riset translasional; dan pembentukan *Center of Excellence* untuk penelitian di bidang Kesehatan.

e. Pengembangan layanan kesehatan berbasis teknologi digital

Pengembangan Layanan satu atap atau berbasis teknologi digital merupakan pengembangan layanan yang dilakukan secara terpadu, multidisiplin dalam satu tempat pelayanan sehingga memberikan kemudahan pada pasien. Dalam pengembangan konsep layanan satu atap atau *one stop service*, dilakukan dengan kriteria: Layanan yang dimulai sejak pendaftaran, pemeriksaan, konsultasi, layanan penunjang, farmasi dan administrasi dalam satu lokasi; sistem pembayaran satu transaksi dalam satu episode pelayanan; pelayanan yang dilaksanakan oleh tim multidisiplin yang

ditempatkan dalam satu tempat pelayanan; pendaftaran yang sudah *online* dengan sistem pengingat *control online*; dengan mengutamakan layanan yang *high volume* dan memerlukan penanganan multi disiplin, penyakit prioritas; perekaman digital rekam medik dan hasil pemeriksaan penunjang yang mudah diakses oleh pasien. Kriteria dalam konsep layanan satu atap dapat terlaksanakan dengan melakukan kegiatan berupa penyusunan pedoman *one stop service*, bimbingan dan pendampingan terhadap Rumah Sakit dalam pengembangan *one stop service*, penyusunan *grand design one stop service*, pemenuhan SDM, Sarana Prasarana, monitoring dan evaluasi berkala dan penentuan *clinical* dan *service outcome*.

Peningkatan mutu dan pelayanan layanan rujukan melakukan implementasi telemedisin dan rekam medis elektronik, dimana implementasi telemedisin antar fasilitas pelayanan kesehatan seperti yang dilakukan pada RSUP H. Adam Malik Medan dengan RSUD Parapat Kab. Simalungun (teleradiologi); RSUD Kab. Biak dengan RSUD Kab. Supiori berupa teleradiologi dan RSUD Kardinah tegal dengan Puskesmas Tonjong Kabupaten Brebes yaitu tele-EKG. Pelayanan telemedicine antar fasyankes dengan pelayanan konsultasi jarak jauh dari dokter melalui aplikasi KOMEN (Konsultasi Medis *Online*) untuk mendapatkan *expertise*, *diagnose*, tatalaksana dan pengobatan. Sedangkan implementasi telemedisin yang dilakukan dari fasilitas pelayanan kesehatan ke masyarakat dengan memberikan pelayanan konsultasi jarak jauh bagi pasien baru/lama poliklinik rawat jalan, namun jika memerlukan pemeriksaan lanjut maka pasien tetap datang ke Rumah Sakit, seperti yang dilakukan pada RSUP Dr Kariadi dengan pelayanan klinik *virtual* dan *virtual home care*; RSUP Dr Sardjito dengan Tekon (Telemedisin Konsultasi); RS Premier Bintaro berupa *Tele*

Health Plus; RS Mayapada Group berupa pelayanan Tanya Dokter; RS Siloam Group berupa pelayanan *Aido Health*.

Kenyataan layanan kesehatan rujukan di lapangan, masalah akses masyarakat menuju layanan kesehatan sekunder tidak merata, yaitu dengan pembangunan Rumah Sakit yang berkonsentrasi hanya terpusat di kota besar, dan kepuasan atas kualitas layanan Rumah Sakit, dokter lokal yang rendah sehingga menyebabkan *medical tourism* di negara tetangga. Hambatan layanan rujukan ditunjukkan dalam pengaturan jumlah Rumah Sakit berdasarkan rasio jumlah penduduk hanya teraplikasikan ke pemerintah, tidak untuk swasta yang berimplikasi bahwa swasta fokus di daerah padat penduduk dengan ekonomi tinggi dan berdampak pada persaingan rekrutmen dokter, yang tertuang dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2004 tentang Rumah Sakit. Dalam Pasal 37 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 bahwa dokter berpraktek di maksimal 3 tempat, yang belum mengatur terkait besaran jasan medik dan penyetaraan jasa medis di Rumah Sakit. Berdasarkan permasalahan dilapangan dan regulasi kesehatan, perlu pengaturan dalam Rancangan Undang-Undang Kesehatan mengenai pembangunan Rumah Sakit yang diusung swasta dengan investasi pembangunan Rumah Sakit yang meliputi investasi Gedung, alat kesehatan dan Sumber Daya Manusia. Untuk pengaturan terkait dokter, daerah dengan jumlah dokter banyak diarahkan kepada kesetiaan tunggal atau tidak terbagi atau monoloyalitas, dan pembagian spesialis per propinsi sesuai dengan rasio kebutuhan, dengan pengaturan terkakit penyetaraan jasa medik di Rumah Sakit dan pengaturan tarif layanan yang dipisahkan dengan kelas perawatan atau fasilitas tambahan lain serta jumlah maksimal pasien dalam setiap praktik untuk menjaga kualitas dan juga keamanan pasien atau *patient safety*.

4. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Tenaga medis dan tenaga kesehatan merupakan bagian dalam terlaksananya penyelenggaraan kesehatan yang memiliki peran penting sebagai sumber daya manusia dalam penyampaian upaya peningkatan kesehatan, pencegahan atau pemulihan penyakit baik dalam perseorangan dan atau berkelompok karena kedudukan setiap orang yang sama untuk mendapatkan perlakuan yang sama dan layak terhadap pelayanan kesehatan. Dalam pemberian layanan diperlukan kualitas dan juga kuantitas tenaga kesehatan yang baik dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat pengguna layanan kesehatan⁷⁶.

Permasalahan di lapangan berada pada kekurangan dokter yaitu 0,68 per 1000 berbanding 1 per 1000, diperburuk lagi dengan jumlah dokter spesialis yaitu 0,1 per 1000 berbanding 0,2 per 1000. data per 1 April 2022 jumlah dokter umum dan dokter spesialis di rumah sakit seluruh Indonesia sebanyak 122.023 orang dan kekurangan sebesar 8.182 orang dokter. Kekurangan ini hanya didasarkan pada standar minimal ketersediaan dokter pada rumah sakit dan belum memperhitungkan beban kerja pelayanan. Menurut data yang sajikan Bapenas di Tahun 2018, rasio dokter spesialis per 1.000 penduduk tahun 2025 sebesar 0,28 artinya 28 dokter spesialis untuk 100.000 penduduk. Dengan komposisi ketersediaan dokter spesialis saat ini, maka target rasio dokter spesialis Penyakit Dalam 3 orang untuk 100.000 penduduk, spesialis Obstetri dan Ginekologi juga 3 orang untuk 100.000 penduduk.⁷⁷

⁷⁶ Ruth Faeriani Telaumbanua. *Peran Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Pelayanan Kesehatan WBP Rutan. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. Vol. 11, N.1, Juni 2020. Makassar: Politeknik Ilmu Pemasaryakatan. 2020. Diakses dari <https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH> pada tanggal 12 Juli 2022.

⁷⁷ Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan, 2022. *Pemerataan Dokter Spesialis Lewat Academic Health System*. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/pemerataan-dokter-spesialis-lewat-academic-health-system> Diakses pada tanggal 12 Juli 2022.

Hambatan yang ditemui dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yaitu proses fakultas kesehatan membuka program studi lama dan rumit yaitu lebih dari 2 tahun, dikarenakan masalah kelembagaan dan persetujuan yang berasal dari lebih dari 9 *stakeholders* yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), ATSPI, AIPKI, MKKI, LAM PT Kesehatan dan Perguruan Tinggi. Selain itu hambatan dalam Undang-Undang Kesehatan yaitu pada penerbitan SIP Dokter yang rumit karena membutuhkan waktu 3 hingga 6 bulan setelah STR definitif berupa permasalahan kelembagaan yang membutuhkan peran keterlibatan dari lebih 7 *stakeholders*, termasuk juga proses rekomendasi yang melibatkan 3 *stakeholders* di lapangan yaitu spesialis senior, organisasi profesi dan juga IDI, ditambah dengan permasalahan kelembagaan yaitu KKI dan KTKI dengan perbedaan 2 lembaga dengan pelaporan, di mana KKI melaporkannya kepada KKI sedangkan KTKI kepada Kementerian Kesehatan. Berdasarkan hambatan yang ditemui dalam regulasi kesehatan, dibuatkan usulan dalam rancangan undang-undang terkait persetujuan kelembagaan yang semula melibatkan banyak *stakeholders* menjadi penyederhanaan dalam proses pembuatan pembukaan program studi.

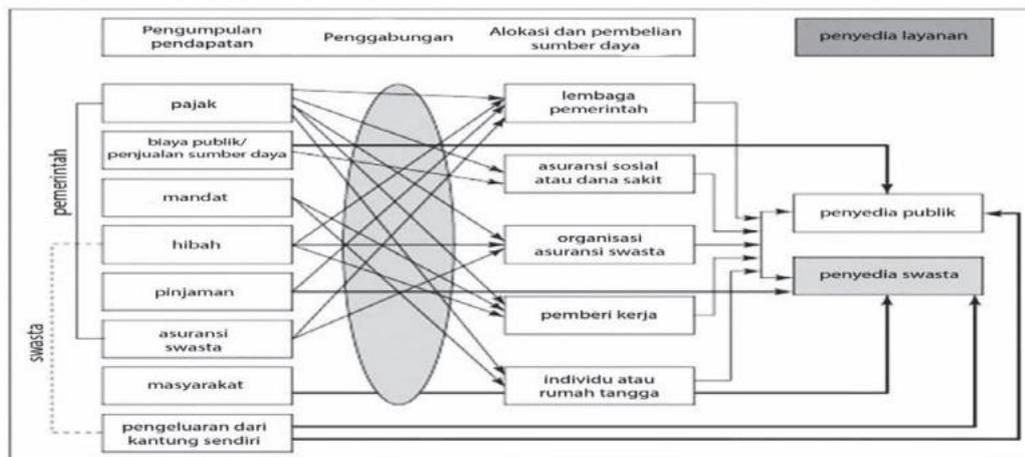
5. Pendanaan

Pendanaan menjadi bagian atas sistem kesehatan yang terkoordinasi dan terimplementasi di seluruh fungsi untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan⁷⁸. Pendanaan kesehatan berpedoman atas fungsi sistem kesehatan yang berhubungan dengan pengumpulan, alokasi, dan mobilisasi dana untuk pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat secara individu maupun kolektif. Pendanaan kesehatan bertujuan

⁷⁸ Diakses dari <https://manajemen-pendanaankesehatan.net> pada tanggal 11 Juli 2022.

menyediakan pendanaan dan menetapkan pendanaan bagi penyedia layanan serta memastikan semua individu mempunyai akses terhadap layanan kesehatan secara efektif kepada masyarakat⁷⁹. Pendanaan kesehatan menjadi dukungan dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan dan kesejahteraan manusia. Ketidaktersediaan pendanaan kesehatan akan menghambat layanan kesehatan, pengobatan, pelaksanaan program, pencegahan dan promosi kesehatan.

Gambar 2.14 Hubungan Fungsi-Fungsi Pendanaan Kesehatan



Sumber: The World Health Report (WHO)

Berdasarkan penggambaran bahwa fungsi pendanaan kesehatan di atas memiliki implikasi yang penting untuk mendukung kerja sistem kesehatan berupa:

1. Jumlah dana yang tersedia (saat ini dan di masa depan) dan tingkat layanan esensial dan perlindungan keuangan bagi populasi.
2. Keadilan (ekuitas).
3. Efisiensi ekonomi dari upaya peningkatan pendapatan.
4. Tingkat *pooling* (subsidi risiko, asuransi) dan pembayaran di muka (ekuitas subsidi).

⁷⁹ World Health Organization. *The World Health ReportvHealth Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. <http://www.who.int/whr/en/index.html>. 2010.

5. Jumlah dan jenis layanan yang dibeli dan dikonsumsi terhadap dampak kesehatan dan biaya kesehatan (efektivitas biaya dan efisiensi alokasi layanan).
6. Efisiensi teknis dari produksi layanan (tujuannya adalah untuk menghasilkan setiap layanan dengan biaya rata-rata minimum).
7. Akses fisik dan finansial dan ke layanan oleh populasi (termasuk ekuitas akses dan manfaat).

Penerapan pendanaan kesehatan di Indonesia berasal dari sumber utama pendapatan dari pajak langsung, pajak tidak langsung dan *out of pocket*, dengan metode pengumpulan pendapatan menggunakan sistem *single pool*. Penyedia layanan kesehatan berasal dari penyedia publik dan penyedia swasta yang dalam hal pembelian, penyedia layanan kesehatan mengandalkan campuran penyedia publik dan swasta⁸⁰. Luas cakupan pelayanan kesehatan berupa esensial dan pelayanan tersier atau berbiaya tinggi, yang mencapai 63% masyarakat melalui subsidi pemerintah dan/atau pembayaran di awal dan/atau skema pegelompokan risiko. Cakupan pendanaan tersebut belum mencapai tingkat yang direkomendasikan WHO yaitu >90%. Paket layanan bersifat komprehensif namun tergantung pada jenis asuransi yang dipilih individu⁸¹.

Penyedia layanan di Indonesia memerlukan akreditasi, dengan metode penyedia menggunakan sistem kapitasi dan *Diagnostic Related Group* (DRG), dimana dana dikumpulkan ke satu tempat yang disebut dengan asuransi kesehatan nasional (*single pool*), walaupun pendapatan dimasukkan ke kumpulan tunggal, tarif premium bervariasi berdasarkan status pekerjaan di Indonesia. Sumber pendapatan asuransi kesehatan nasional terdiri atas

⁸⁰ Myint et al. *A Systematic Review of The Health-Financing Mechanisms in The Association of Southeast Asian Nations Countries and The People's Republic of China: Lessons for The Move Towards. Universal Health Coverage*. 2019

⁸¹ Marzoeki. *Op.Cit*

kontribusi sosial dan subsidi pemerintah yang ditujukan bagi orang miskin dan target spesifik⁸².

Standar anggaran minimal suatu negara yang ditetapkan oleh WHO adalah sekitar 5%-6% dari total APBN. Tujuannya adalah agar mampu meningkatkan derajat kesehatan dengan dukungan pendanaan kesehatan yang kuat. Idealnya suatu negara menganggarkan 15-20% dari APBN. Anggaran yang besar diharapkan mampu membiayai kebutuhan pelayanan kesehatan yang cukup mahal. Kesehatan menjadi investasi suatu negara untuk meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas masyarakatnya⁸³.

Sejak 2004, anggaran Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah untuk kesehatan telah meningkat secara signifikan. Hal ini terjadi karena kebijakan pendanaan kesehatan pemerintah yang lebih fokus untuk mengurangi risiko keuangan dari pengeluaran perawatan kesehatan, khususnya untuk kelompok miskin. Peningkatan anggaran ini juga diamanatkan oleh UU Kesehatan, yang menetapkan bahwa alokasi anggaran pemerintah secara nasional setidaknya harus berjumlah 5% dari total anggaran pemerintah pusat (APBN); sementara untuk anggaran daerah (APBD) alokasi untuk kesehatan minimal berjumlah 10%. Berdasarkan persyaratan hukum itu, Pemerintah Pusat telah menambah alokasi anggaran untuk perawatan kesehatan secara nasional hingga 5% dari total pemerintah anggaran pada 2016. Jumlahnya diperkirakan sekitar 109 Triliun Rupiah⁸⁴.

Sumber pendanaan kesehatan di Indonesia berasal dari APBN, APBD, dana swasta, *out of pocket*, hibah, dan donor dari perusahaan ataupun luar negeri. Sumber dana tersebut dialokasikan untuk membiayai program dan kegiatan di bidang kesehatan, baik bersifat fisik maupun nonfisik.

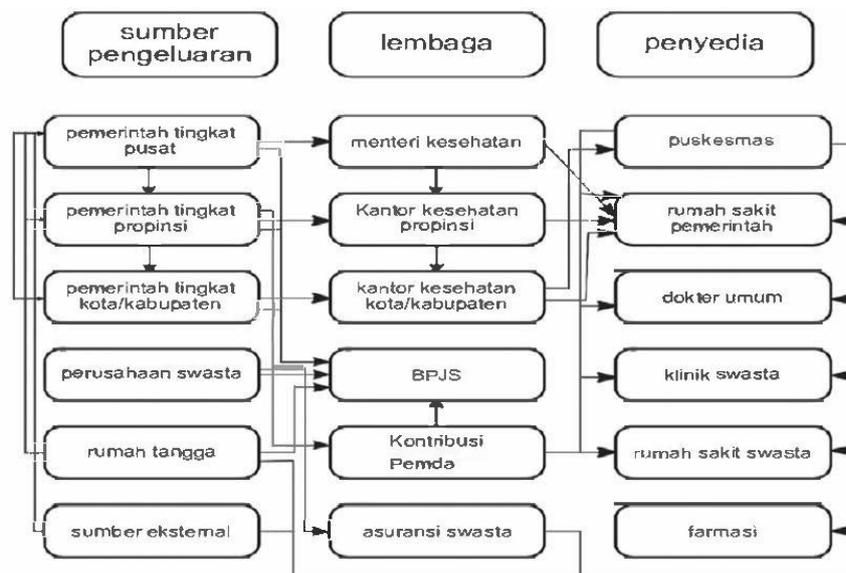
⁸² Myint et al. *Op.Cit*

⁸³ Organization, W. H. WHO Global Health Expenditure Atlas. *Switzerland: WHO Global Health Expenditure Atlas*. 2014.

⁸⁴ Mahendradhata et al. *Op.Cit*

aliran pendanaan yang terjadi dalam sistem kesehatan Indonesia. Aliran dana pemerintah termasuk proses pengumpulan pendapatan dari rumah tangga, perusahaan swasta, dan sumber eksternal dan transfer ke daerah pemerintah dan fasilitas kesehatan. BPJS kesehatan merupakan administrator dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mengumpulkan kontribusi dari pemerintah, perusahaan swasta, dan rumah tangga menjadi satu kumpulan nasional dan membeli layanan kesehatan dari penyedia publik dan swasta. Aliran dana pribadi meliputi pengeluaran *Out of Pocket* (OOP) dari rumah tangga, perusahaan di fasilitas publik dan swasta. Sejak lima tahun yang lalu, hanya sekitar satu persen dari total pengeluaran kesehatan berasal sumber eksternal⁸⁵.

Gambar 2.15 Aliran Pendanaan Kesehatan



Sumber: World Bank. 2016

Dalam 20 tahun terakhir, reformasi di bidang pendanaan kesehatan di Indonesia bergerak sangat dinamis, dari penargetan berbagai program menuju *Universal Health Coverage* (UHC) yang menargetkan pada tahun 2030 bahwa semua orang telah memiliki

⁸⁵ Pinto, R., Masaki, E., & Harimurti, P. *Indonesia Health Financing System Assessment: Spend More, Spend Right, Spend Better*: World Bank. 2016

akses layanan kesehatan yang berkualitas tinggi meliputi upaya promotive, preventif, kuratif, rehabilitif dan atau paliatif-yang dibutuhkan tanpa adanya diskriminasi, kesulitan secara teknis, dan kendala keuangan kapan dan dimanapun⁸⁶. Upaya reformasi pendanaan yang dilaksanakan pada akhir 1990-an bertujuan untuk memberikan perlindungan finansial bagi masyarakat miskin sebagai respons terhadap krisis ekonomi yang melanda Asia pada akhir 1998. Pada 2004 dibentuk skema asuransi kesehatan sosial. Pada 2008, skema tersebut ditingkatkan dan diperluas lebih jauh. Kemudian pada tahun 2011, skema perlindungan keuangan lainnya diperkenalkan secara khusus untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals/MDGs*). Akhirnya, sebuah Langkah menuju *Universal Health Coverage* (UHC) dimulai pada tahun 2014 dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional/JKN⁸⁷. Sistem UHC berkembang pesat di Indonesia dan mencakup 203 juta orang. Kini Indonesia dikenal sebagai pengguna skema pembayar tunggal terbesar di dunia dan telah meningkatkan pemerataan kesehatan dan akses layanan. Kesuksesan di awal memberikan tantangan lain, seperti munculnya kelompok “*missing middle*”. Istilah tersebut digunakan untuk menunjukkan sejumlah kecil orang yang terdaftar di UHC dengan kuintil kekayaan Q2-Q3 dibandingkan orang di kuintil lainnya, dan rendahnya cakupan UHC pada anak sejak lahir sampai usia 4 tahun⁸⁸.

Pendanaan kesehatan dirasa mampu memberikan kontribusi bagi perkembangan sosial dan ekonomi jika dilaksanakan optimal dan berkelanjutan dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Perencanaan dan pengelolaan pendanaan kesehatan yang memadai membantu negara dalam mendistribusi sumber

⁸⁶ Herawati, F.,Robert, C.,Adrian, *Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia, Perkumpulan Prakarsa*, Jakarta, 2020, hlm.18

⁸⁷ Mahendradhata et al., Op cit

⁸⁸ Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K., Achadi, E., Taher, Shankar, A. *Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges*. Lancet (London, England, 2018).

pendanaan kesehatan dengan alokasi secara rasional dan penggunaannya secara efektif serta efisien sehingga terdorong untuk tercapai akses yang universal, yang dibutuhkan kebijakan pendanaan yang memperhatikan pemerataan sekaligus membantu yang miskin.

Pendanaan kesehatan menjadi salah satu pilar dalam pelaksanaan kegiatan kesehatan nasional yang memiliki peran sebagai pengaktif dalam seluruh layanan kesehatan. Rekaman transaksi, skema pendanaan, serta analisis strategis menjadi kunci kegiatan dalam memperoleh pengetahuan dan pertimbangan yang memperbaiki keadaan kegiatan kesehatan nasional secara terus-menerus, sehingga untuk memperoleh pertimbangan secara komprehensif dibutuhkan sistem yang terintegrasi secara operasional dan data yang berkualitas yang berasal dari pemangku kepentingan pendanaan.

Kegiatan analisis data dan informasi yang berasal dari transaksi dalam mengoptimalkan kesehatan menjadi dasar aktivitas utama dalam memperoleh keluaran keputusan, kebijakan, serta rekomendasi strategis pelaksanaan kegiatan kesehatan nasional. Pengeluaran belanja kesehatan nasional berpengaruh besar dalam penyelesaian masalah kesehatan nasional. Seperti pada Uni Eropa jumlah pengeluaran belanja kesehatan nasional membawa pengaruh positif pada Angka Harapan Hidup (AHH) dan menurunkan angka kematian kelahiran 0,64% persatu persen peningkatan pengeluaran belanja kesehatan⁸⁹, sedangkan pengeluaran belanja kesehatan di setiap provinsi Cina memberikan dampak positif penurunan angka kematian individu⁹⁰, yang bermakna bahwa dengan analisis

⁸⁹ Onofrei, M., Vatamanu, A.-F., Vintilă, G., & Cigu, E. *Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study among EU Developing Countries*. *Environmental Research and Public Health*, 18(20), 1-13. 10.3390. (2021, October 13).

⁹⁰ Hou, J., Tian, L., Zhang, Y., Liu, Y., Li, J., & Wang, Y. 2020. *Study of influential factors of provincial health expenditure -analysis of panel data after the 2009 healthcare reform in China*. *BMC Health Service Research*, 20(606), 1-8. 10.1186

strategis dan kebijakan yang tepat sasaran dan pengeluaran belanja kesehatan menjadi kunci mempengaruhi dampak positif, sehingga analisis belanja kesehatan menjadi langkah yang berdampak arahan dan eksekusi belanja strategis dengan objektif yang bersumber pada data secara kuantitas dan kualitas yang sesuai standar. *National, Provincial, District Health Account* (NHA, PHA, dan DHA) sebagai SHA memberi akomodasi menyeluruh kebutuhan pertimbangan keputusan belanja kesehatan nasional⁹¹.

Pendanaan kesehatan yang berpraktik di lapangan menemui permasalahan pendanaan kesehatan di masyarakat, yaitu masyarakat tidak mendapatkan layanan promotif dan preventif dan akses masyarakat menuju layanan kesehatan yang rendah seperti dalam Unit Kesehatan Masyarakat yaitu ibu hamil yang tidak mendapatkan TTD dan cakupan imunisasi yang rendah dan dalam UKP terkait pembangunan Rumah Sakit. Hambatan dalam regulasi dalam hal pendanaan berupa masalah kelembagaan yaitu BPJS Kesehatan yang bertanggung jawab kepada Presiden bukan kepada Kementerian Kesehatan, yang berdampak pada Kementerian Kesehatan kesulitan dalam berkoordinasi dengan BPJS dalam melaksanakan program Kementerian Kesehatan yang ingin dilakukan yaitu 14 skrining dasar. Dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS belum mengatur fungsi *third-party administrator* (TPA) sehingga pembayaran UKM tidak terhenti atau berjalan lancar, seperti skrining imunisasi massal di masyarakat yang dibayarkan berdasarkan pajak. Dalam Undang-Undang Kesehatan tidak didefinisikan jelas atas penggunaan APBN/APBD untuk kesehatan sesuai dengan kebutuhan, yaitu digunakan untuk layanan publik yaitu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif⁹².

⁹¹ Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan. 2021.

⁹² Kementerian Kesehatan. *Transformasi Kesehatan*. Kementerian Kesehatan 2022.

Permasalahan di lapangan membutuhkan transformasi pendanaan kesehatan yang dilakukan untuk menuju pendanaan kesehatan yang lebih terintegrasi untuk mewujudkan ketersediaan, kecukupan, keberlanjutan, keadilan serta efektivitas dan efisiensi pada penyelenggaraan pendanaan, dengan tujuan untuk:

- 1) Penguatan kelembagaan NHA (*National Health Account*) sebagai instrumen monitoring aliran dana kesehatan tahunan. Penguatan NHA dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas belanja berbasis kinerja dan perbaikan perumusan kebijakan berbasis bukti.
- 2) Desentralisasi pendanaan kesehatan di mana bertujuan meningkatkan kemandirian daerah di bidang pendanaan kesehatan dengan mendorong puskesmas dapat beroperasi dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) dan pengaturan peran aktif swasta dalam upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan.
- 3) Alokasi pendanaan yang lebih adil melalui pendanaan 14 paket skrining penyebab kematian tertinggi bagi seluruh rakyat sebagai Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK)⁹³ dan standardisasi biaya layanan kesehatan di seluruh Indonesia
- 4) Pendanaan yang efektif dan efisien dalam bentuk penggunaan 10% APBD untuk kesehatan selaras dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, pembatasan dan efisiensi paket layanan BPJS yang *highcost* dan *high-volume* dan *coordination of benefit* dari asuransi swasta

Dalam pelaksanaan perbaikan, membutuhkan strategi transformasi pendanaan kesehatan ini antara lain:

- 1) Penguatan pendanaan untuk Upaya Kesehatan Primer (UKM), melalui:

⁹³ Kementerian Kesehatan, *Kajian Akademik: Manfaat Jaminan Kesehatan Berbasis Kebutuhan Dasar Kesehatan. Op cit.*

- a) Penyediaan pendanaan yang memadai untuk kegiatan promosi, skrining dan pencegahan
 - b) Pengembangan sistem pendanaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan
- 2) Pengintegrasian berbagai skema pendanaan publik dan non publik secara efektif dan efisien dalam mencapai UHC

Berdasarkan permasalahan di masyarakat dan hambatan dari regulasi kesehatan perlu dibuatkan pengaturan mengenai BPJS perlu berkoordinasi dengan kementerian Kesehatan sebagai regulator di bidang kesehatan, dan BPJS tidak hanya berperan sebagai *payor* untuk UKP tetapi juga kepada UKM yang berfungsi sebagai TPA dan *payor*, serta memperjelas penggunaan pendanaan dari total anggaran kesehatan dengan pendekatan promotif dan preventif sebagai prioritas pendanaan.

6. Ketahanan Kesehatan

Ketahanan kesehatan berperan penting bagi suatu negara, dengan pembangunan kesehatan sebafei tanggung jawab pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat dan swasta. Dalam penanganan pandemi *COVID-19* untuk perbaikan atau peningkatan kebijakan dalam sektor kesehatan, ketahanan kesehatan menjadi fokus, Sebagai negara kepulauan dengan disparitas yang tinggi, Indonesia perlu memperkuat sistem ketahanan kesehatan secara integratif dan holistik untuk mengurangi ancaman krisis epidemi dan pandemi dengan fokus pada perbaikan kesiapan (*preparedness*) pada kejadian kedaruratan kesehatan, khususnya sistem surveilans yang terintegrasi, kecepatan dan ketepatan pemeriksaan sampel laboratorium kesehatan masyarakat, manajemen data dengan SDM yang kompeten, termasuk pengembangan SDM untuk laboratorium rujukan yang didukung dengan penguatan pemerintah daerah dalam pengambilan kebijakan. Integrasi dan sinkronisasi data dan kebijakan pusat dan daerah dalam sistem surveilans (*data, testing, tracing, isolating*, dan

sebagainya) menjadi aspek yang sangat penting dan kritis dalam penanganan pandemi.

Kondisi saat ini terdapat Instruksi Presiden Nomor 6 Tahun 2016 tentang Percepatan Pengembangan Industri Farmasi dan Alat Kesehatan dimana Kementerian Kesehatan dalam hal ini Menteri Kesehatan diinstruksikan untuk mengambil langkah-langkah sesuai tupoksi dan wewenang untuk mendukung percepatan pengembangan industri Farmasi dan Alat kesehatan dengan tujuan menjamin ketersediaan farmasi dan alat Kesehatan, meningkatkan daya saing industri farmasi dan alat Kesehatan, mendorong penguasaan teknologi dan informasi, dan mempercepat kemandirian dan pengembangan produksi⁹⁴.

Untuk melaksanakan instruksi tersebut, Pemerintah berupaya meningkatkan kualitas produk terutama tingkat kandungan dalam negeri (TKDN). TKDN didefinisikan sebagai suatu batasan atau nilai yang merepresentasikan berapa tingkat kandungan lokal dalam negeri dalam suatu produk barang/jasa⁹⁵.

Pasal 66 Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah menyebutkan bahwa:

- (1) *Kementerian/Lembaga/Perangkat Daerah wajib menggunakan produk dalam negeri, termasuk rancang bangun dan perekayasaan nasional.*
- (2) *Kewajiban penggunaan produk dalam negeri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan jika terdapat peserta yang menawarkan barang/jasa dengan nilai Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) ditambah nilai Bobot Manfaat Perusahaan (BMP) paling rendah 40% (empat puluh persen)⁹⁶.*

⁹⁴ Instruksi Presiden Nomor 6 Tahun 2016 tentang Percepatan Pengembangan Industri Farmasi dan Alat Kesehatan.

⁹⁵ Peraturan Menteri Perindustrian Nomor 16/M-IND/PER/2/2011 tentang Ketentuan dan Tata Cara Penghitungan Tingkat Komponen Dalam Negeri tahun 2011.

⁹⁶ Peraturan Presiden Nomor 16 tentang Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah Tahun 2018.

Manfaat dari meningkatkan TKDN antara lain:

- a. meningkatnya penggunaan produksi dalam negeri, hal ini berhubungan dengan kualitas produk atau komponen yang dihasilkan selama proses produksi;
- b. meningkatnya/penyerapan tenaga kerja, apabila kualitas produk atau komponen yang dihasilkan meningkat, dampaknya adalah meningkatnya penggunaan dari produk atau komponen tersebut. Hal ini juga berarti adanya peningkatan produksi yang pengaruhnya penyerapan tenaga kerja meningkat;
- c. penghematan devisa, penggunaan produk atau komponen yang memperhatikan penggunaan komponen hasil produksi dalam negeri berarti mengurangi biaya penyediaan komponen luar negeri⁹⁷.

Ketahanan kesehatan melalui keberadaan laboratorium kesehatan masyarakat yang diwujudkan dengan pemeriksaan diagnostik penyakit dan faktor risiko yang berdampak pada masyarakat, sehingga diperlukan penguatan kapasitas laboratorium kesehatan masyarakat serta adanya kemitraan, koordinasi dan jejaring antar laboratorium dalam satu informasi yang terpadu dan terintegrasi untuk menghasilkan suatu kebijakan untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

- 1) Ketahanan kefarmasian dan alat kesehatan dalam negeri, di mana seluruh vaksin, obat dan alat kesehatan yang selama ini masih diimpor akan diproduksi di dalam negeri. Arah Ketahanan tersebut antara lain pada:

⁹⁷ Gamil Abdullah. *TKDN (Tingkat Komponen Dalam Negeri) dalam Pengadaan Barang dan Jasa di Sektor Hulu Migas: Sebuah Interview 2011*. Diakses dari <http://gamil-opinion.blogspot.com/2010/11/tkdn-tingkat-komponen-dalam-negeri.html> pada tanggal 12 Juli 2022.

- a) Ketahanan vaksin untuk jenis MR, *Rotavirus*, Polio (IPV), *HPV*, *JE*, *PCV*, Vaksin *COVID-19*. Sementara vaksin lainnya sudah dapat diproduksi dalam negeri.
 - b) Bahan obat yang selama masih diimpor seperti *Omeprazole* (selain sediaan injeksi), *Amlodipine*, *Candesartan Cilexetil*, *Bisoprolol*, *Lansoprazole*, *Cefixime*, *Ceftriaxone* dan berbagai jenis derivat plasma dan produk bioteknologi.
 - c) Kemandirian Ketahanan untuk alat kesehatan konsumsi yang masih diimpor. Dari 19 alat kesehatan konsumsi terbesar, 16 di antaranya sudah mampu diproduksi di dalam negeri, sedangkan tiga lainnya masih impor. Namun demikian bahan baku alat kesehatan tersebut belum diproduksi di dalam negeri, terutama bahan baku yang memiliki spesifikasi *medical grade*.
- 2) Terciptanya kesiapsiagaan darurat kesehatan dan kapasitas penanganan bencana, yang mencakup penyiapan rencana kontinjensi kedaruratan kesehatan, penguatan *biosecurity* dan *biosafety*, dan perekrutan serta pelatihan tenaga cadangan kedaruratan kesehatan.
 - 3) Menguatnya kapasitas surveilans dengan membangun kapasitas surveilans *real-time* berbasis pelaporan digital dan integrasi jejaring laboratorium kesehatan dan peningkatan kapasitas pemeriksaan.
 - 4) Tersedianya jejaring laboratorium pemeriksaan *COVID-9*, Polio, dan Campak-Rubela.
 - 5) Menguatnya kapasitas *digital tracing COVID-19* fitur pelacakan penyebaran virus di fasilitas umum, informasi zona risiko dan informasi vaksinasi serta pemeriksaan kesehatan

Sistem ketahanan kesehatan, dilakukan pada sektor farmasi dan alat kesehatan yang masih bergantung pada impor, yaitu 90% atas bahan baku obat impor berdasarkan API untuk produksi farmasi lokal yang masih diimpor. Terkait belanja alat kesehatan

didominasi produk impor sejumlah 88% atas transaksi alat kesehatan pada tahun 2019-2020 di e-katalog yang merupakan produk impor, serta budget penelitian dan pengembangan masih rendah sebesar 0.2% dari Total *GDP* digunakan untuk penelitian dan pengembangan terbilang rendah jika dibandingkan *USA* sebanyak 2.8% dan Singapura 1.9%.

Permasalahan yang timbul dengan sistem informasi surveilans yang tidak mutakhir dan terintegrasi terhadap masalah kesehatan dengan risiko yang timbul di daerah, dan deteksi atas kegawatdaruratan yang masih rendah ditambah dengan penyediaan fasilitas untuk memantau, jejaring laboratorium, sumber daya kesehatan dan alat kesehatan serta obat yang belum siap dalam menghadapi krisis kesehatan.

Berdasarkan kondisi pada isu Ketahanan di atas, maka strategi transformasi untuk mewujudkan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh ini mencakup 3 (tiga) hal berikut:

- a) Penguatan produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri.
- b) Penciptaan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh melalui peningkatan kemampuan deteksi dan respons krisis kesehatan melalui penyediaan surveilans yang adekuat.
- c) Penciptaan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh melalui penguatan sistem penanganan bencana dan kesiapan kedaruratan kesehatan.

7. Wabah dan Karantina

Perkembangan transportasi darat, laut maupun udara sejalan dengan kemajuan teknologi dan perekonomian memicu pula pergerakan dan perpindahan orang dan barang baik antara negara maupun antar wilayah yang berdampak pada penyebaran penyakit dan faktor risikonya, sehingga penyelenggaraan karantina kesehatan perlu dilakukan secara komprehensif, terintegrasi dalam rangka cegah tangkal.

International Health Regulations 2005 mengharuskan Indonesia meningkatkan kapasitas berupa kemampuan dalam surveilans dan respon cepat serta tindakan karantina dalam rangka melindungi kesehatan masyarakat dari penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat pada pintu masuk (pelabuhan/ bandar udara/ Pos Lintas Batas Darat Negara) dan di wilayah. Selain itu, karantina kesehatan juga menjadi bagian dari upaya penanggulangan saat terjadi wabah.

Dalam kajian terhadap praktek penyelenggaraan penanggulangan wabah dan karantina kesehatan di Indonesia ditemukan permasalahan yang secara garis besar dijelaskan sebagai berikut:

- a. pendefinisian berbagai istilah wabah seperti karantina, isolasi yang beririsan dan tidak seragam.
- b. upaya penanggulangan masih didominasi upaya penanggulangan saat wabah terjadi. Belum diatur penanggulangan prawabah, saat wabah, dan pascawabah. Pola pikir ini tentu sudah kurang sesuai dengan prinsip pola pikir yang antisipatif dan responsif. Pola berfikir upaya penanggulangan setelah wabah terjadi tentu memberikan dampak negatif yang luar biasa seperti dampak kesehatan dan/atau kematian, ekonomi, budaya dan sosial serta tidak efisien dalam penggunaan anggaran negara.
- c. kriteria yang belum jelas terkait penetapan dan pencabutan status wabah disuatu daerah. Kriteria tersebut sangat diperlukan untuk mendapatkan kepastian hukum dalam hal kejadian wabah. Kepastian hukum tersebut akan memberikan dampak yang luas dalam penanggulangan wabah seperti aspek pembiayaan, pengerahan sumber daya termasuk, dan peran serta lintas sektor dan masyarakat.

- d. Belum adanya uraian tanggung jawab pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, dan daerah kabupaten/kota dalam penanggulangan wabah.
- e. ketentuan pidana yang perlu disesuaikan dengan perkembangan hukum pidana saat ini.
- f. Dalam konteks penanggulangan wabah, masih terdapat overregulasi pengaturan dimana pengaturan tentang wabah dan karantina diatur 2 undang-undang yang berbeda, yaitu UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan UU nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan.

8. Teknologi Informasi dan Bioteknologi

Pemanfaatan teknologi informasi di bidang kesehatan telah digunakan cukup luas, mulai dari perencanaan kesehatan hingga penyediaan berbagai data kesehatan di tingkat individu dan masyarakat, namun dengan berbagai fungsi dari aplikasi yang ada, terjadi fragmentasi sistem informasi kesehatan di mana data yang ada tidak dapat dipertukarkan. Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan pentingnya mengedepankan prinsip *continuum of care* dalam pelayanan kesehatan, dimana fasilitas kesehatan melakukan pemantauan kesehatan pasien secara terus menerus. Observasi pasien yang berkelanjutan dan komprehensif dapat membantu tenaga kesehatan dalam mengevaluasi pengobatan yang telah diberikan. Evaluasi yang baik dapat memudahkan komunikasi antar fasilitas kesehatan untuk memberikan rujukan secara efektif dan efisien bila diperlukan.

Pencatatan data yang tidak lengkap, tidak konsisten dan tidak akurat menjadi faktor utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Di sisi lain, pencatatan data yang lengkap dan terstandarisasi dapat memudahkan penyusunan kebijakan berbasis bukti, meningkatkan kompetensi staf di fasilitas

kesehatan, dan mengurangi beban kerja administrasi Puskesmas dan rumah sakit yang saat ini menggunakan lebih dari 60 aplikasi secara bersamaan untuk melakukan pelaporan administrasi⁹⁸.

Data kesehatan di Indonesia masih belum dapat dilakukan utilisasi dengan maksimal karena data masih terpecah, kuantitas dan kualitas rendah, serta adanya ego sektoral. Data yang dimaksud disini adalah data pre- klinik, klinik, *genomic*, dan *cmc*. Data *genomic* sendiri meliputi *genomic* tanaman, hewan, mikroorganisme, dan manusia. Data-data ini masih belum dapat dikumpulkan sehingga proses penanggulangan mitigasi perkembangan penyakit, mutasi, serta perkembangan riset di dunia medis tidak dapat melakukan lompatan signifikan. Masing-masing sektor masih berjalan pada lajur masing-masing dengan belum adanya pusat data yang dapat menjadi *backbone* dalam melakukan inovasi berbasis bioteknologi.

Kapasitas *surveilans genomic* Indonesia untuk mendeteksi varian baru *SARS-CoV-2* dinilai masih sangat kurang. Berdasarkan jumlah total genom yang didaftarkan ke bank data *GISAID*, Indonesia hanya menempati peringkat ke-7 dari 10 negara di Asia Tenggara. Angka ini menunjukkan bahwa kondisi performansi dari Biobank di Indonesia masih sangat rendah. *Surveilans genomic* ini membutuhkan waktu lama, hanya bisa dilakukan di laboratorium spesifik dan biayanya juga mahal. Kondisi ini berpengaruh signifikan terhadap ketahanan kesehatan di Indonesia.

Perkembangan bioteknologi di Indonesia telah berjalan sejak lama, namun cenderung lambat karena beberapa faktor. Faktor pertama adalah minimnya dana penelitian di bidang bioteknologi. Penelitian bioteknologi diperlukan untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas produk serta pengetahuan tentang bioteknologi. Faktor lainnya adalah rendahnya sumber daya manusia, fasilitas,

⁹⁸ Ministry of Health of the Republic of Indonesia. *Blueprint for Digital Health Transformation Strategy 2024*. Jakarta: Ministry of Health of the Republic of Indonesia. 2021

dan kebijakan pemerintah yang memperpanjang proses pemasaran produk rekayasa genetika.

Bioteknologi memiliki peran positif bagi dunia pertanian, kesehatan dan lingkungan. Dalam dunia kesehatan, keberadaan biosampel berkualitas tinggi dapat berkontribusi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan. Peran biobank dapat memberikan peneliti akses ke data yang mewakili sejumlah besar orang. Sampel dalam biobank dan data yang diperoleh dari sampel tersebut seringkali dapat digunakan oleh banyak peneliti untuk studi penelitian lintas tujuan. Salah satu dari data genetik yang ditemukan adalah pada populasi Indonesia yang menderita kanker payudara, dan sekitar 30% perlu mengubah resep dosis dari yang direkomendasikan untuk pengobatan mereka.

Dalam rancangan platform Bioteknologi, pihak penyedia dari Kemenkes RI dapat memantau perusahaan-perusahaan yang terdaftar, periset, dan jumlah transaksi. Ketika platform ini diluncurkan, diperlukan komunikasi yang masif untuk menjaga *customer engagement*. Melalui edukasi kepada masyarakat, maka terciptalah ekosistem yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut.

Teknologi Informasi dan Bioteknologi sektor kesehatan mengalami permasalahan dalam penyelenggaraannya dimasyarakat. Pada teknologi informasi dan digital, permasalahan yang timbul yaitu masih sulitnya data rekam medis yang digunakan sebagai dasar penyusunan kebijakan, begitu pula dengan keterbatasan dalam mengintegrasikan data kesehatan antar Lembaga dibidang kesehatan serta keterbatasan akses masyarakat menuju telemdisin.

Permasalahan dalam teknologi digital muncul dikarenakan belum terjadi pengaturan dalam Undang-Undang Kesehatan mengingat, teknologi informasi yang terus berkembang dan maju seiringnya waktu dan jaman, terbukti dengan tidak adanya landasan dalam penggunaan data pasien/rekam medis sebagai dasar pembuatan kebijakan secara otomatis tanpa consent pasien

bagi pemerintah yang tertuang dalam Pasal 57 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Selanjutnya, terkait integrasi dan sharing data kesehatan antar Lembaga belum diatur yang berdampak pada kesulitan dalam pembangikan kebijakan di bidang kesehatan seperti pada data komorbid di masa pandemic *COVID-19* yang dikuasai BPJS dan tidak diatur untuk dapat dibagikan ke entitas lain atau dipergunakan untuk kepentingan publik yang tertuang dalam Pasal UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Dalam hal telemdisin, jika menilik UU kesehatan, telemedisin belum ditetapkan sebagai sarana pelayanan kesehatan atau fasilitas pelayanan kesehatan dan belum ada landasan penyimpanan data medis pengguna telemedisin masih dibatasi melalui fasilitas pelayanan kesehatan dan terbatas untuk antar fasilitas pelayanan kesehatan, yang sesuai dengan Pasal 35 UU Kesehatan.

Data kesehatan di Indonesia masih belum bisa dimanfaatkan secara optimal karena data masih tersebar, jumlah dan kualitas rendah, dan adanya ego sektoral. Data yang dimaksud di sini adalah data praklinis, klinis, genomik, dan lain-lain. Data genomik termasuk genom tumbuhan, hewan, mikroorganisme, dan manusia. Data ini masih tidak bisa dikumpulkan, menghambat mitigasi penyakit dan mutasi dan penelitian pengembangan. Masing-masing sektor masih berjalan sendiri tanpa pusat data yang dapat berfungsi sebagai tulang punggung untuk inovasi berbasis bioteknologi. Pengawasan genomik Indonesia memiliki kapasitas untuk mendeteksi varian baru dari *SARS-CoV-2* dianggap sangat Memadai. Berdasarkan jumlah total genom yang terdaftar di *GISAIID database*, Indonesia hanya menempati peringkat ke-7 dari 10 negara di Asia Tenggara. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja Biobank di Indonesia masih sangat rendah. Pengawasan genomik membutuhkan waktu lama dan hanya dapat dilakukan dalam waktu tertentu, serta laboratorium dengan biaya tinggi. Kondisi ini memiliki efek signifikan pada perlindungan kesehatan di Indonesia.

Perkembangan bioteknologi di Indonesia telah berlangsung sejak lama, tetapi cenderung lambat karena beberapa faktor. Faktor pertama adalah kurangnya dana penelitian di bidang Bioteknologi. Penelitian bioteknologi diperlukan untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas produk serta pengetahuan tentang bioteknologi. Faktor lainnya adalah kurangnya sumber daya manusia, fasilitas, dan kebijakan pemerintah yang menghambat proses pemasaran produk rekayasa genetika. Bioteknologi memiliki peran positif di bidang pertanian, kesehatan, dan lingkungan. Di sektor pertanian, bioteknologi membantu mengurangi krisis pangan, meningkatkan kualitas makanan, dan meningkatkan jumlah produksi pertanian. Di bidang kesehatan, bioteknologi dapat mendiagnosis genetik dan non-genetik penyakit dan mengobati penyakit tertentu. Di bidang lingkungan, bioteknologi dapat meningkatkan kualitas yang tercemar lingkungan melalui bioremediasi, bioleaching, serta mengurangi sampah plastik dengan memproduksi bioplastik, dan memproduksi pupuk hayati ramah lingkungan.

Implementasi Sistem Analisis Kesehatan Pada tahun 2023, diharapkan akan menjadi peningkatan variabel data dari tahun 2022, yaitu peningkatan sistem data terintegrasi. Hal ini diwujudkan dengan menerapkan data kesehatan berbasis kecerdasan buatan sistem analisis (*Artificial Intelligence/AI*). Implementasi ini ditandai dengan perluasan perizinan dan implementasi bioteknologi produk teknologi inovasi di fasilitas kesehatan, peningkatan layanan telemedicine di FKTP), dan kebijakan tentang kesehatan digital. tinggi produk bioteknologi yang diterapkan di fasilitas kesehatan dan perluasan layanan telemedicine di FKTP.

Sistem Integrasi Data Kesehatan dalam bentuk integrasi layanan sistem elektronik antara institusi kesehatan pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan juga industri kesehatan. Pengembangan Sistem *Health Big Data Analysis*, program ini akan membangun ekosistem big data kesehatan berdasarkan analisis

kecerdasan buatan, baik di tingkat pusat maupun daerah. Aktivitas ini memiliki output utama untuk meningkatkan kualitas kebijakan kesehatan yang akurat, terkini, dan lengkap. Beberapa penelitian telah menunjukkan beberapa masalah karena kesehatan yang tidak terintegrasi sistem data, termasuk pelaporan yang kurang dan tidak lengkap. Ini akan mempengaruhi kualitas data yang telah dikumpulkan. Keputusan kesehatan yang tidak berdasarkan pada kualitas data akan memiliki dampak negatif pada kesehatan masyarakat⁹⁹.

Pengembangan dan pelayanan *precision medicine* di Indonesia masih perlu dilakukan penguatan agar dapat mengejar *precision medicine* seperti di negara maju. Saat ini masih perlu dikembangkan kebijakan mengenai pengaturan perizinan fasilitas yang dapat melakukan pengembangan dan pelayanan genomik. Selain itu, perlu juga dikembangkan kebijakan mengenai hak dan kewajiban dalam kepemilikan data, perlindungan data, pengelolaan data, dan komersialisasi data genomik, serta arah kebijakan yang mendukung pengembangan industri genomik untuk *precision medicine* di dalam negeri. Pengaturan yang komprehensif mengenai genomik untuk *precision medicine* meliputi perizinan *medicine*, regulasi data berupa hak kepemilikan data, perlindungan data, pengelolaan data dan komersialisasi data genomik, dan pengembangan riset dan industri.

Transformasi teknologi kesehatan menuju pada digitalisasi kesehatan dan pemanfaatan teknologi yang lebih luas pada sektor kesehatan, yaitu dengan spesifikasi kapasitas:

- a. Sistem data kesehatan yang terintegrasi, yaitu sistem dengan arsitektur tata kelola satu data kesehatan, bagian dari sistem big data berbasis *single-health identity*, dan memiliki sistem analisis kesehatan berbasis kecerdasan buatan/AI (*Artificial*

⁹⁹ *Ibid.*

Intelligence) dan dengan perluasan cakupan *single-health identity*.

- b. Sistem aplikasi kesehatan terintegrasi, yaitu dengan arsitektur interoperabilitas sistem kesehatan, memiliki sistem informasi fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan memiliki perluasan cakupan sistem informasi fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi.
- c. Merupakan ekosistem teknologi kesehatan, yaitu dengan fitur asesmen keamanan sistem informasi kesehatan, perluasan infrastruktur pendukung *telemedicine*, implementasi *regulatory sandbox* berbasis kecerdasan buatan, *blockchain* dan IOT, serta perluasan perizinan inovasi teknologi kesehatan

Strategi transformasi teknologi kesehatan ini mencakup upaya antara lain:

- 1) Penguatan tata kelola, pelayanan, dan inovasi dengan sistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung perumusan kebijakan kesehatan berbasis bukti, yang mencakup:
 - a) Integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan; dan
 - b) Integrasi dan pengembangan sistem aplikasi kesehatan.
- 2) Pengembangan ekosistem teknologi kesehatan informasi teknologi kesehatan dan bioteknologi kesehatan.

Menjawab permasalahan yang muncul terkait dengan teknologi informasi dan bioteknologi, menjadi permasalahan pemutakhiran teknologi informasi digital dan bioteknologi di bidang pelayanan kesehatan, sehingga isu-isu yang muncul dengan perkembangan zaman. Berdasarkan permasalahan teknologi informasi dan digital di masyarakat dan hambatan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, perlu pengaturan dalam rancangan untuk diatur secara jelas terkait pengecualian *consent* pasien atas data rekam medis dalam hal

dipergunakan dalam pengambilan kebijakan, dengan dibuatkan landasan regulasi yang mengatur integrasi data lintas sektor kesehatan di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan, dan perlu pengaturan landasan yang beroperasi dan tata kelola pelayanan bagi telemedisin dan pengaturan dasar yang memberi penjelasan status penyelenggara *telemedicine* sebagai fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan permasalahan yang timbul dari bioteknologi yaitu dengan belum adanya dasar hukum dalam pengambilan sampel, etika dan hak kepemilikan data individual, penyimpanan dan penagaksesan, penerusan dan pemanfaatan data genomik oleh entitas non-individu. Berdasarkan hambatan dalam undang-undang perlu diusulkan dalam rancangan undang-undang yaitu data genomik menjadi salah satu aspek data kesehatan individu dengan kepemilikan berada di tangan individu. Selain itu juga perlu dibuat pengaturan umum mengenai substansi pengaturan *Artificial Intelegence* dengan pokok kebijakan jika *Artificial Intelegence* digunakan dalam aplikasi yang berfungsi sebagai alat kesehatan, maka dia harus tunduk pada ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang alat kesehatan.

9. Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Perencanaan kebutuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan secara nasional disesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan masalah kesehatan, kebutuhan pengembangan program pembangunan kesehatan dan ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan tersebut. Perencanaan tenaga medis dan tenaga kesehatan dilakukan secara menyeluruh melalui pemetaan untuk mengetahui jumlah dan jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pengadaan, kebutuhan pendayagunaan, kebutuhan pembinaan dan pengawasan.

Perencanaan tenaga medis dan tenaga kesehatan dilakukan dengan memperhatikan kesesuaian jenis dan jumlah tenaga medis

dan tenaga kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat dengan kualifikasi pendidikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perencanaan dimulai sejak dari tahapan pengadaan tenaga medis dan tenaga kesehatan di institusi pendidikan hingga tahap pemerataan dan pemenuhan untuk pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Dengan demikian akan tersedia tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bermutu, dapat mencukupi kebutuhan, terdistribusi secara adil dan merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna.

Rasio tenaga medis dan tenaga kesehatan terhadap populasi adalah salah satu perhitungan yang paling umum digunakan dalam penilaian dan perencanaan layanan kesehatan karena memungkinkan perbandingan antar wilayah dan subregional dengan ukuran populasi yang berbeda dan mudah dalam perhitungan, tetapi masih menawarkan ketidaksetaraan relatif yang cukup baik. Rasio Tenaga Kesehatan per jumlah penduduk menunjukkan seberapa besar ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan serta cakupan pelayanan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk. Menurut World Health Organization (WHO), kondisi ideal tenaga tenaga medis dokter dalam memberikan pelayanan adalah 1:2.500 penduduk. Artinya, 1 orang dokter untuk melayani 2.500 penduduk.¹⁰⁰ Kondisi ideal menurut WHO ini juga menjadi salah satu target yang ditetapkan pada Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Nomor 34 Tahun 2016 tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia (HAM), khususnya pemenuhan hak atas kesehatan. Di dalam peraturan tersebut juga, disebutkan kondisi ideal tenaga kesehatan, khususnya bidan yaitu 1:1.000 dan perawat yaitu

¹⁰⁰ WHO, *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, Background Paper No. 1 to the Global Strategy on Human Resources for Health (Human Resources for Health Observer, 17), Geneva: WHO Document Production, 2016.

1:855. Ini berarti 1 orang bidan untuk melayani 1.000 penduduk sedangkan 1 perawat untuk melayani 855 penduduk.

Hubungan antara *supply* dan *demand* pada pelayanan kesehatan dapat dijelaskan secara sederhana, permintaan pada layanan kesehatan dipengaruhi oleh harga terutama pada permintaan yang bersifat elastis. Semakin meningkat harga untuk pelayanan kesehatan, permintaan pelayanan kesehatan akan semakin menurun. Semakin sedikit jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan (*supply* rendah), harga pelayanan kesehatan akan semakin tinggi dan permintaan akan pelayanan kesehatan semakin rendah. Ini berarti pada wilayah dengan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang rendah, jumlah permintaan akan layanan kesehatan juga akan rendah yang berakibat pada rendahnya derajat kesehatan.

Pelayanan medis berpengaruh secara langsung terhadap derajat kesehatan, dimana salah satu instrumen pengukur derajat kesehatan adalah angka harapan hidup. Pelayanan medis tersebut meliputi jumlah tenaga medis dan fasilitas medis yang tersedia dan dapat diakses oleh masyarakat, baik untuk tindakan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan (preventif), pengobatan atau penyembuhan (kuratif) maupun pemulihan setelah pengobatan (rehabilitatif).

Penelitian tentang angka harapan hidup di negara berkembang dan menemukan bahwa rasio tenaga medis per 100.000 penduduk berpengaruh positif dan signifikan terhadap kenaikan angka harapan hidup penduduk di negara tersebut. Terdapat hubungan positif antara jumlah dokter per 10.000 penduduk terhadap angka harapan hidup di Iran. Variabel jumlah dokter dan jumlah tempat tidur pada sakit/puskesmas berpengaruh positif terhadap peningkatan angka harapan hidup di Indonesia. Penelitian di 11 negara anggota *OECD (Organization for Economic Cooperation and Development)* menunjukkan bahwa peningkatan jumlah tenaga medis berpengaruh secara signifikan terhadap penurunan angka

kematian bayi. Hasil penelitian juga menemukan bahwa jumlah tenaga medis per 10.000 penduduk berpengaruh negatif dan signifikan terhadap tingkat kematian anak maupun tingkat kematian bayi dimana daerah-daerah dengan jumlah tenaga medis yang rendah memiliki risiko yang lebih tinggi pada tingkat kematian anak dan bayi serta angka harapan hidup yang lebih rendah.¹⁰¹

Rasio tenaga medis dan tenaga kesehatan terhadap populasi dalam pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan juga berkaitan erat dengan ketersediaan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan, di mana masih terdapat persoalan akses oleh masyarakat. Hal tersebut dipengaruhi oleh kondisi geografis Indonesia yang terdiri atas wilayah yang luas dengan karakteristik yang beragam, sehingga menjadi tantangan tersendiri dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Tidak dapat dipungkiri, beberapa permasalahan kesehatan masyarakat yang masih dihadapi sampai saat ini, salah satunya disebabkan oleh permasalahan akses.¹⁰²

Perencanaan tenaga medis dan tenaga kesehatan juga harus memperhatikan faktor sosial budaya. Hal tersebut tidak terlepas dari kondisi yang harus dihadapi oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan, di mana dalam menjalankan tugas dan fungsinya di tengah-tengah masyarakat, tenaga medis dan tenaga kesehatan akan menghadapi banyak orang yang memiliki latar belakang budaya yang berbeda-beda, sehingga dituntut untuk memahami nilai budaya yang ada pada mereka supaya program-program kesehatan yang diperkenalkan akan diterima oleh masyarakat dengan mudah.

¹⁰¹ OECD, *OECD Health Statistics 2021*. Juli 2021.

¹⁰² Mubasyiroh, R., Nurhotimah, E., & Laksono, A.D. 2016. *Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. In S. Supriyanto, D. Chalidyanto, & R.D. Wulandari (Eds.), Dalam: *Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia* (pp. 21–58). Jogjakarta, Kanisius.

10. Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pengadaan tenaga medis dan tenaga kesehatan dilakukan sesuai dengan perencanaan kebutuhan dan diselenggarakan melalui pendidikan tinggi bidang kesehatan, baik oleh pemerintah pusat maupun masyarakat, yaitu perguruan tinggi dan program studi memperoleh izin dari menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi yang diterbitkan setelah dilakukan penilaian oleh tim yang melibatkan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan, serta institusi penyelenggara Pendidikan tertentu yaitu rumah sakit Pendidikan yang menyelenggarakan Pendidikan profesi spesialis dan yang lebih tinggi.

Secara umum, program pendidikan bidang ilmu kesehatan menempati urutan keempat jumlah program studi di Indonesia dengan prosentase 14%, adapun mahasiswa di bidang ilmu kesehatan menempati urutan keenam dengan jumlah 686.633 mahasiswa dengan prosentase 7,76%. Untuk lulusan berdasarkan kelompok perguruan tinggi, ilmu kesehatan menempati urutan kelima untuk universitas dengan 96.620 lulusan, urutan kesatu untuk sekolah tinggi dengan 68.921 lulusan, urutan kesatu untuk politeknik dengan 45.335 lulusan, urutan kelima untuk institut dengan 7.523 lulusan, dan urutan kesatu untuk akademi 20.462 lulusan.¹⁰³

Pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Indonesia sampai saat ini masih menghadapi berbagai macam persoalan seperti adanya keluhan mengenai mutu, penyebaran yang belum merata, dan biayanya yang masih tinggi.¹⁰⁴ Mutu pendidikan di bidang kesehatan terutama pendidikan kedokteran masih perlu dilakukan peningkatan dari segi sarana, prasarana, dan ketersediaan tenaga pendidik. Penyebaran institusi pendidikan di

¹⁰³ Sekretariat Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Statistik Pendidikan Tinggi 2020, hlm. 3-30.

¹⁰⁴ Laksono Trisnantoro, Rancangan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, Perlukah? *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 14, No.1, 1 Maret 2011

bidang kesehatan juga masih terpusat di kota besar dan belum merata di semua daerah terutama daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Biaya pendidikan yang masih tinggi diantaranya disebabkan oleh kebutuhan akan praktikum, alat dan bahan pendidikan, serta kebutuhan akan tenaga pendidikan.

Selain adanya pokok permasalahan tersebut, terdapat faktor lain yang memicu ketimpangan tenaga kesehatan diantaranya berkenaan dengan pendidikan kedokteran, di mana ketimpangan tersebut adalah kurangnya produksi dan pemerataan dalam penyediaan dokter spesialis yang ada di Indonesia.

Kurangnya upaya pemerataan dokter spesialis menyebabkan terhambatnya peningkatan akses dan pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan spesialis. Masalah strategis sumber daya manusia kesehatan khususnya tenaga Kesehatan, yaitu:¹⁰⁵

- a. Pengadaan dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan masih perlu dilakukan peningkatan perencanaannya sehingga menjadi lebih baik, sistematis, dan didukung data dan sistem informasi yang memadai agar dapat memenuhi kebutuhan sumber daya manusia kesehatan secara proporsional untuk pembangunan kesehatan di seluruh wilayah negara Indonesia.
- b. Sistem pengadaan tenaga medis dan tenaga kesehatan perlu ditingkatkan sehingga dapat memastikan terpenuhinya standar kompetensi profesi, serta sistem praktik tenaga kesehatan yang menjamin standar mutu pelayanan tenaga kesehatan.
- c. Dalam pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan perlu dilakukan peningkatan penegakan prinsip pemanfaatan sumber daya manusia kesehatan yang tepat sasaran dan tepat

¹⁰⁵ Syahbuddin, Dova Hakiki. *Pendayagunaan Dokter Spesialis Terhadap Pemerataan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Hak Asasi Manusia*. Pascasarjana Universitas Islam Bandung. AKTUALITA, Vol. 3 No. 1 2020 hal. 599 – 615.

fungsi, penyediaan fasilitas yang tepat fungsi, pengembangan sistem penghargaan, tunjangan profesi dan kinerja, serta penerapan sanksi yang memadai.

- d. Pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan perlu ditingkatkan dari segi teknis keprofesian maupun dari segi kinerja dan perilaku.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut di atas perlu penguatan pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan baik melalui penguatan regulasi, perencanaan kebutuhan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan. Selain itu, perlu juga penguatan sumber daya pendukung terutama sistem informasi SDM Kesehatan dan pembiayaannya perlu ditingkatkan melalui penyelenggaraan sistem pendidikan kedokteran.¹⁰⁶

Pendidikan kedokteran spesialisik saat ini menempatkan residen melakukan pembayaran biaya pendidikan secara mandiri (pembebanan biaya pendidikan kepada residen). Hal ini berbeda dengan sistem pendidikan spesialisik di negara lain di mana residen mendapatkan penghasilan karena berstatus sebagai pegawai/pekerja yang memperdalam spesialisasinya di bawah bimbingan konsulen senior.

Perizinan pendirian fakultas kedokteran negeri selama ini dikeluarkan oleh Kementerian Pendidikan, Konsil Kedokteran Indonesia membina dan menetapkan standar pendidikan kedokteran, akreditasi fakultas kedokteran diberikan oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi, sementara peran Kementerian Kesehatan hanya memberikan rekomendasi.¹⁰⁷

Saat ini kurikulum pendidikan kedokteran di Indonesia (meski belum semua fakultas kedokteran menerapkannya) menganut sistem pembelajaran berdasarkan pendekatan/strategi SPICES

¹⁰⁶ Op. Cit.

¹⁰⁷ Tri Rini Puji Lestari. *Kebijakan Pendidikan Kedokteran di Indonesia. Info Singkat: Kesejahteraan Sosial*. Vol. IV, No. 08/II/P3DI/April/2012. hlm 10.

(*Student-centered, Problem-based, Integrated, Community-based, Elective/Early Clinical Exposure, Systematic*).¹⁰⁸ Sistem pendidikan tersebut dapat juga disebut kurikulum berbasis kompetensi. Dengan sistem kurikulum berbasis kompetensi tersebut maka sistem pendidikan yang diterapkan akan lebih terintegrasi. Kurikulum Berbasis Kompetensi yang merupakan Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia 3 (KIPDI 3), terdiri dari Kurikulum Nasional Berbasis Kompetensi dengan Pelayanan Kedokteran Keluarga, Standar Pelayanan Minimal, dan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI).¹⁰⁹

Setelah menyelesaikan tahap akademik, calon dokter harus menyelesaikan pendidikan profesi dokter pada jenjang pendidikan tinggi. Pendidikan profesi dokter merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari program sarjana kedokteran. Pendidikan profesi dokter diselenggarakan sebagai proses pembelajaran dalam bentuk pembelajaran klinis dan komunitas, serta diselenggarakan di rumah sakit pendidikan. Pendidikan profesi dokter diselesaikan dengan uji kompetensi yang bersifat nasional.

Pendidikan profesi dokter dilanjutkan dengan pendidikan kedokteran spesialis sebagai berikut:

a. Konsep Pendidikan Kedokteran Spesialistik berbasis Universitas (*University-Based*)

Konsep pendidikan kedokteran spesialis berbasis universitas (*university-based*) diselenggarakan melalui program gelar ganda (*dual-degree*), di mana residen akan mendapatkan dua gelar setelah program pendidikan berakhir, yaitu gelar akademik dan gelar profesi. Program profesi yang diselenggarakan sesuai dengan spesialisasi yang diambil oleh residen. Adapun program magister yang ditawarkan merupakan program magister kedokteran yang relevan dengan cabang ilmu spesialisasi yang diikuti oleh residen.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid.

Pendidikan kedokteran spesialis diselenggarakan oleh perguruan tinggi dengan bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan, rumah sakit pendidikan, dan kolegium terkait. Perguruan tinggi bertanggung jawab atas pelaksanaan program magister dan mendelegasikannya kepada fakultas kedokteran.

Fakultas kedokteran dan rumah sakit pendidikan bertanggung jawab atas pelaksanaan program profesi spesialisik dan dapat melibatkan kolegium. Terhadap pelaksanaan program spesialis tersebut dilakukan pembinaan secara akademik oleh Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi, dan pembinaan secara teknis oleh Kementerian Kesehatan. Pembinaan teknis meliputi di bidang kompetensi klinis/medis. Setelah melalui proses pendidikan profesi spesialisik, mahasiswa didik akan melaksanakan uji kompetensi secara nasional pada akhir masa studi yang diselenggarakan oleh, fakultas kedokteran dan rumah sakit pendidikan dengan melibatkan kolegium.

Sistem pendidikan dokter spesialisik yang diselenggarakan berbasis universitas (*university-based*) memiliki keunggulan seperti sistem pendidikan yang masih berlaku sampai saat ini (eksisting) hanya memerlukan beberapa penyempurnaan yang relevan dari kondisi yang ada saat ini disesuaikan dengan arah kebijakan yang akan dituju. Kedua, para peserta didik yang telah lulus dimungkinkan untuk meraih dua gelar akademis dalam satu masa studi, berupa gelar spesialisik dan magister kedokteran. Hal tersebut dimungkinkan karena pada prinsipnya pada masa pendidikan, penyelenggaraan pendidikan ilmu kedokteran tersebut dapat terselenggara secara simultan saat mengambil program spesialisik.

b. Konsep Pendidikan Kedokteran Spesialistik berbasis Rumah Sakit (*Hospital-Based*)

Selain konsep pendidikan kedokteran spesialistik berbasis universitas, terdapat konsep penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*). Pada program pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*), hal-hal yang harus disiapkan rumah sakit untuk penyelenggaraannya sebagai berikut:

1. Memiliki satu badan/institusi sebagai pembina. Institusi tersebut bertanggung jawab terhadap proses akademik dan keuangan program Pendidikan dokter spesialis. Misalnya, suatu fakultas kedokteran sebagai sponsor/penjamin suatu rumah sakit yang akan menjalankan sistem pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*).
2. Memiliki minimal 1 (satu) *clinical sites* (tempat di mana residen belajar dan memenuhi seluruh kompetensi yang dipersyaratkan untuk menjadi dokter spesialis), dan memiliki perjanjian kerja sama untuk pendidikan dokter spesialis antara *clinical sites* dengan institusi pembina.
3. Memiliki sarana prasarana, seperti infrastruktur yang terstandar mencakup infrastruktur pendidikan, penelitian dan pelayanan terstandar, perpustakaan yang memberikan akses peserta program pendidikan dokter spesialis terhadap buku dan database jurnal ilmiah.
4. Memiliki sumber daya manusia seperti 1 (satu) orang direktur program/ketua program Pendidikan, berupa dokter aktif yang berpraktik di rumah sakit tersebut, pengalaman spesialistik (*specialty expertise*), pengalaman mendidik, dan administratif. Memiliki tenaga pengajar dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan persyaratan pendirian program studi, adapun jenis tenaga pengajar di rumah sakit terdiri atas dosen inti/*core faculty* (sebagian

besar waktunya di RS untuk pendidikan, penelitian dan pengelolaan residen), dan dosen (sebagian besar waktunya untuk pelayanan, namun memiliki porsi tugas untuk mengajar dan meneliti). Memiliki sekretariat/koordinator program (*program coordinator*).

Terhadap penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*), terdapat catatan yaitu pemenuhan kompetensi di satu RS saja belum mencukupi karena sehubungan dengan ketentuan terkait klasifikasi penyakit yang dilakukan perawatan di rumah sakit kelas tertentu, contoh rumah sakit tipe B sebagai sentra pendidikan perlu punya *clinical sites* lain di rumah sakit tipe C dan rumah sakit tipe D.

11. Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan meliputi penyebaran tenaga medis dan tenaga kesehatan yang merata dan berkeadilan, pemanfaatan tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta pengembangan tenaga medis dan tenaga kesehatan, termasuk peningkatan karier.

Secara umum, dalam pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan menghadapi persoalan distribusi yang belum merata di wilayah Indonesia. Persoalan ini bukan hanya terjadi di Indonesia namun merupakan permasalahan yang umum dialami banyak negara di dunia. Hampir semua negara tanpa melihat tingkat perkembangan sosial dan ekonomi menghadapi masalah dalam distribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan seperti kesulitan dalam pendidikan dan pelatihan, penempatan, retensi dan kinerjanya. Padahal, tenaga medis dan kesehatan dengan jumlah dan kualitas yang memadai sangat penting untuk mencapai

indikator kesehatan yang optimal karena secara langsung memengaruhi kualitas layanan kesehatan yang diberikan.¹¹⁰

Data Riset Fasilitas Kesehatan menyebutkan bahwa dari 8.980 puskesmas di Indonesia hampir seluruh puskesmas ada tenaga dokter (95,8%) namun masih ada puskesmas yang tidak memiliki tenaga dokter (4,2%). Puskesmas tanpa keberadaan dokter masih dominan di wilayah Indonesia Timur khususnya di Papua dan Papua Barat sampai lebih 16% dari jumlah puskesmas yang ada. Beberapa provinsi dimana 10-15% dari puskesmas masih tidak ada tenaga dokter. Sementara perawat yang tersebar di wilayah Indonesia seperti di NTB, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, dan Papua juga masih ada kisaran 1-3 puskesmas yang tidak ada tenaga perawat. Puskesmas yang tidak memiliki bidan juga terdapat di daerah Papua (20,1%), Papua Barat (5,8%) dan Maluku (6,8%). Puskesmas yang tidak ada tenaga medis dan tenaga kesehatan seharusnya tidak terjadi jika distribusinya bisa merata di seluruh puskesmas.¹¹¹

Selain itu, ketersediaan sumber daya manusia yang tidak memadai dilaporkan dalam Risnakes 2019, di mana lebih dari setengah puskesmas di Maluku dan Papua tidak memiliki dokter. Sekitar 60% dari total di Indonesia masih belum memiliki petugas laboratorium yang sangat diperlukan untuk memperkuat surveilans maupun pendukung diagnosis dini yang dibutuhkan. Sementara hampir sepertiga dari puskesmas yang ada belum memiliki tenaga kefarmasian yang berperan penting dalam perencanaan dan siklus manajemen logistik obat dan alat kesehatan puskesmas. Provinsi Bengkulu merupakan provinsi dengan proporsi ketiadaan tenaga kefarmasian yang terbesar (63,7%), disusul kemudian oleh Provinsi Papua (61,8%), Bali (60%),

¹¹⁰ WHO, *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, Background Paper No. 1 to the Global Strategy on Human Resources for Health (Human Resources for Health Observer, 17), Geneva: WHO Document Production, 2016

¹¹¹ Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2019 (Rifaskes) Puskesmas. 2019.

dan Maluku (59,1%). Demikian pula untuk tenaga kesehatan lingkungan dan gizi yang masih belum tersedia di banyak puskesmas. Provinsi Gorontalo merupakan provinsi dengan proporsi terbesar ketiadaan tenaga laboratorium medik di puskesmas (93,5%), disusul kemudian Sulawesi Utara (90,9%), DKI Jakarta (89,2%), Maluku (88,9%), dan Sulawesi Tengah (88,4%). Provinsi Papua dan DKI Jakarta merupakan provinsi dengan proporsi terbesar ketiadaan tenaga gizi di puskesmas (50%), disusul Lampung (48,8%), Sumatera Utara (44,5%), dan Bengkulu (43,6%).¹¹²

Pendayagunaan dan pemerataan SDM kesehatan berkualitas yang masih kurang, pengembangan karier, sistem penghargaan, dan sanksi yang belum tegas merupakan beberapa masalah strategis dalam subsistem SDM Kesehatan yang dihadapi saat ini dan di masa depan. Lebih dari 50 tahun Pemerintah Indonesia berupaya untuk melakukan pemerataan tenaga medis dan tenaga kesehatan. Pada tahun 1960, pemerintah mulai melakukan, mengadakan, mengatur, mengawasi, dan membantu pendidikan tenaga kesehatan, menetapkan penggunaan dan penyebaran tenaga kesehatan pemerintah dan swasta sesuai dengan keperluan masyarakat dengan memperhatikan keseimbangan antara jumlah tenaga yang diperlukan dan tenaga yang tersedia. Pada 1988, Pemerintah mewajibkan seluruh dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis baik yang telah lulus dari perguruan tinggi dalam negeri maupun luar negeri untuk mengikuti masa bakti.¹¹³

Pemerintah Pusat melakukan penempatan dokter dan bidan melalui sistem pegawai tidak tetap pada 1991 dan 1994 untuk meningkatkan pemerataan tenaga dokter dan bidan. Mereka ditempatkan di daerah terpencil, dan sebagai insentif mereka

¹¹² Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (Risnakes) 2019.

¹¹³ Pasal 4 Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktik Dokter dan Dokter Gigi.

memperoleh tunjangan khusus dan prioritas pengangkatan sebagai Pegawai Negeri Sipil.¹¹⁴

Pemerintah Pusat menetapkan program pembangunan yang berkeadilan di mana salah satu fokus program adalah pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada bidang kesehatan yaitu penurunan angka kematian ibu. Program ini menetapkan tentang penempatan tenaga medis dan tenaga kesehatan strategis di fasilitas kesehatan terutama di puskesmas dan kabupaten/kota. Penetapan Inpres tersebut memperkuat program Penugasan Khusus SDM Kesehatan. Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yang tidak diminati, daerah rawan bencana/ mengalami bencana dan konflik sosial serta daerah bermasalah kesehatan. Pemerintah memberikan insentif sesuai dengan tingkat keterpencilan dari tempat penugasannya untuk meningkatkan retensi pegawai dalam penugasan khusus. Secara umum, upaya Pemerintah Indonesia dalam distribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan baik jumlah jenis maupun kualitas dirasakan belum memadai. Rasio jumlah dokter masih lebih rendah bila dibandingkan dengan negara lain di *The Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN), seperti Filipina 58 per 100.000 penduduk dan Malaysia 70 per 100.000. Peran dan dampak telekesehatan bagi tenaga kesehatan.¹¹⁵

Selain pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam negeri, pemerintah juga berupaya untuk memaksimalkan pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri serta tenaga medis dan tenaga

¹¹⁴ Hermawan, A. Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan. Analisis Distribusi Tenaga Kesehatan (Dokter Perawat dan Bidan) di Indonesia pada 2013 dengan Menggunakan *Gini Index Health Workforce Distribution (Physicians, Nurses Midwives) Analysis In Indonesia 2013 by Gini Index*.

¹¹⁵ Tim Dall Et Al, *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2018 to 2033*, IHS Markit Ltd and Association of American Medical Colleges, 2020, hlm. 15.

kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri. Pemerintah berkeinginan untuk mengembalikan diaspora tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan negeri yang tersebar di seluruh penjuru dunia. Hal ini guna untuk mendukung pemenuhan kuota tenaga kesehatan sesuai dengan rekomendasi *World Health Organization* (WHO) yang harus memenuhi rasio. Estimasi yang dikeluarkan oleh *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa untuk mencapai 12 (dua belas) indikator kesehatan masyarakat,¹¹⁶ memerlukan rasio minimum tenaga medis dan tenaga kesehatan sebesar 4,45 (dokter, perawat dan bidan) per 1000 penduduk. Secara global, dunia mengalami kekurangan tenaga medis dan tenaga kesehatan, di mana pada 2013 diperkirakan terdapat kekurangan sekitar 17,4 juta, yaitu hampir 2,6 juta adalah dokter, sekitar 9 juta adalah perawat dan bidan, dan sisanya tenaga kesehatan lainnya. Asia Tenggara mengalami kekurangan kebutuhan tenaga kesehatan sebesar 6,9 juta dan Afrika sebesar 4,2 juta.

Untuk menjawab permasalahan dan tantangan tersebut, adanya kesempatan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri serta tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri untuk dapat berpraktik di wilayah Indonesia dengan beberapa ketentuan yang berlaku. Bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri serta tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri yang akan melaksanakan praktik kedokteran di Indonesia harus mengikuti terlebih dahulu evaluasi kompetensi.

Dalam hal tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri serta tenaga medis dan tenaga

¹¹⁶ meliputi keluarga berencana, cakupan perawatan antenatal (ANC), persalinan oleh tenaga kesehatan, imunisasi difteri-pertusis-tetanus 3 (DPT 3), kebiasaan merokok tembakau, air minum, sanitasi, terapi antiretroviral, pengobatan tuberkulosis, operasi katarak, diabetes, dan pengobatan hipertensi sebagai indikator kesehatan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan Universal Health Coverage (UHC).

kesehatan warga negara asing berhasil lulus/kompeten Uji Kompetensi, maka tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri serta tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri mengikuti adaptasi dan *proctoring* di fasilitas pelayanan kesehatan. Namun jika belum berhasil lulus/kompeten, maka mereka akan mengikuti penambahan kompetensi melalui program *fellowship* atau pelatihan.

Kedua lulusan luar negeri tersebut, jika akan mengikuti adaptasi di fasilitas pelayanan kesehatan, maka terlebih dahulu harus memiliki Surat Tanda Registrasi adaptasi dan Surat Izin Praktik adaptasi. Adaptasi merupakan bagian akhir penilaian praktik dan merupakan pemanfaatan dalam upaya pendayagunaan tenaga medis dan tenaga kesehatan.

Namun terdapat pengecualian yaitu terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri dengan syarat merupakan lulusan dari institusi pendidikan tertentu di luar negeri atau lulusan dari negara tertentu, telah berpraktik paling sedikit 5 tahun di luar negeri, atau merupakan ahli dalam suatu bidang unggulan tertentu dalam pelayanan kesehatan. Selain itu, pengecualian juga berlaku bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri yang telah berpraktik sebagai spesialis atau subspecialis paling sedikit 5 tahun, atau merupakan ahli dalam suatu bidang unggulan tertentu dalam pelayanan kesehatan. Untuk memverifikasi hal tersebut, dilakukan evaluasi kompetensi melalui penilaian portofolio yang dibuktikan dengan sertifikat kompetensi atau dokumen lain yang diterbitkan oleh Lembaga yang berwenang di negara yang bersangkutan.

Dalam melakukan praktiknya di Indonesia, bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing dimungkinkan untuk melakukan praktik dalam rangka investasi maupun noninvestasi dengan ketentuan bahwa adanya permintaan dari pengguna tenaga

kesehatan warga negara asing, melakukan pelayanan dalam rangka alih teknologi dan ilmu pengetahuan. Praktik tersebut dapat diselenggarakan selama-lamanya dalam jangka waktu 3 tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan. Adanya juga larangan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan warga negara asing untuk berpraktik secara perseorangan.

Untuk melindungi masyarakat dan tenaga medis (dalam hal ini dokter) dalam berpraktik di Indonesia, maka dokter diharuskan untuk memiliki Surat Izin Praktik (SIP). Ketentuan tersebut tertuang dalam Pasal 36 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang menegaskan bahwa setiap dokter yang melakukan praktik kedokteran harus memiliki Surat Izin Praktik (SIP).

Sehubungan dengan SIP, terdapat permasalahan pada praktik dokter yang tidak mengantongi SIP. Hal demikian masih ditemukan di tataran pelaksanaan, terutama di daerah. Diketahui bahwa alasan dokter tidak mau mengurus SIP dikarenakan lama untuk mengurus syarat-syarat berkas yang akan diajukan dan dokter beranggapan bahwa masa kerja yang sudah cukup lama di rumah sakit. Ia juga menjelaskan bahwa pihak rumah sakit sesungguhnya sudah menegaskan kepada para dokter untuk memproses SIP guna mencegah permasalahan yang disinyalir dapat timbul di kemudian hari.¹¹⁷

Adanya dokter tanpa memiliki Surat Izin Praktik (SIP) mengakibatkan kepastian hukum secara administrasi bagi para pengguna pelayanan kesehatan. Sehingga atas dasar tersebut, maka perlu adanya peran *governing* dengan cara pengaturan kuota yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Kementerian Kesehatan selaku wakil Pemerintah Pusat di bidang penyelenggaraan kesehatan akan mereformulasi pengaturan dalam

¹¹⁷ I Gusti Agung Bagus Wahyu Pranata, et. al. *Implementasi Surat Izin Praktik terhadap Dokter dalam Melakukan Praktik Kesehatan Di RS. Bhakti Rahayu*. Program Kekhususan Hukum Pemerintahan Fakultas Hukum Universitas Udayana. Hlm 3.

perizinan/penerbitan SIP yang akan diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota tempat tenaga kesehatan (dalam hal ini dokter) untuk menjalankan praktiknya. Dalam rangka penerbitan SIP tersebut, pemerintah daerah kabupaten/kota harus menetapkan kuota untuk setiap jenis tenaga kesehatan dengan memperhatikan kriteria paling sedikit mengenai ketersediaan dan persebaran tenaga medis dan tenaga kesehatan pada daerah tersebut dan jumlah rasio penduduk dengan tenaga medis dan tenaga kesehatan yang aktif. Ketentuan tersebut dikecualikan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) virtual, dan digantikan dengan SIP yang diberikan oleh Menteri Kesehatan.

12. Pembinaan dan Pengawasan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pembinaan dan pengawasan tenaga medis dan tenaga kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kualitas tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi yang diharapkan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Institusi yang terlibat dalam pembinaan dan pengawasan meliputi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan, dan Organisasi Profesi sesuai dengan kewenangannya.

Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi dan telah memiliki kualifikasi tertentu lainnya dan diakui secara hukum untuk menjalankan praktik. Untuk itu dalam menjalankan praktiknya, setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan harus memiliki sertifikat kompetensi serta tercatat sebagai tenaga medis dan tenaga kesehatan dan tentunya harus memiliki Surat Izin Praktik sehingga akan memperoleh kepastian hukum ketika menjalankan tugasnya di bidang kesehatan. Selain untuk memberikan kepastian hukum, hal ini juga sebagai bentuk

pembinaan dan pengawasan kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan baik oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah maupun konsil masing-masing tenaga medis dan tenaga kesehatan. Salah satu bentuk tanggung jawab pembinaan dan pengawasan kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan yaitu berupa pembinaan pengawasan administratif.¹¹⁸ Untuk itu, melalui satu konsil tenaga medis dan tenaga kesehatan yang menaungi seluruh konsil-konsil tenaga medis dan tenaga kesehatan akan lebih mempermudah koordinasi dalam rangka pembinaan dan pengawasan Tenaga Kesehatan.

Saat ini, jangka waktu keberlakuan STR adalah selama 5 (lima) tahun dan harus diperbarui setiap 5 (lima) tahun setelah STR diterbitkan. Hal ini sudah tepat mengingat sebagai bentuk evaluasi secara berkala bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan

Berkenaan dengan aturan STR tersebut, tentu Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah perlu hadir dalam rangka menjaga mutu dan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan. Hal ini tentu bertujuan untuk melindungi masyarakat dengan cara melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan yang ada.

13. Perbandingan dengan Negara Lain

Berikut ini diuraikan mengenai perbandingan sistem kesehatan di beberapa negara berkembang:

a. Malaysia

Malaysia merupakan negara federal yang terdiri dari tiga belas negara bagian dengan luas wilayah melebihi 330.000 km². Jumlah penduduk Malaysia mencapai 33,57 juta pada tahun 2021. Malaysia sudah melaksanakan jaminan

¹¹⁸ Perry H and Crigler L. (eds). *Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: A Reference Guide and Case Studies for Program Managers and Policy Makers*. 2014. Washington, DC:USAID/MCHIP

kesehatan nasional sejak tahun 1990an¹¹⁹. Namun adanya beberapa isu krusial melibatkan kenaikan biaya, keberlanjutan jangka panjang, kenaikan pajak, efisiensi dan harapan masyarakat akan kualitas pelayanan yang lebih tinggi, Malaysia mengubah sistem kesehatannya dari layanan kesehatan yang sebelumnya didominasi pemerintah, saat ini justru lebih besar melibatkan sektor swasta¹²⁰.

Malaysia juga mengembangkan kesehatan sebagai daya tarik wisata (*medical tourism*) untuk menarik wisatawan berkunjung ke negaranya. Jarak yang berdekatan dengan Indonesia, membuat Malaysia meningkatkan kualitas rumah sakitnya. Salah satu penghargaan Malaysia adalah memenangkan *Medical Travel Destination of The Year 2015* di *International Medical Travel Journal* (IMTJ). Tidak heran jika Malaysia terutama Kuala Lumpur dan Penang jadi negara tujuan utama untuk berlibur sekaligus menjaga kesehatan (*medical checkup*)¹²¹

Sistem pembiayaan Kesehatan Malaysia lebih maju dibandingkan dengan Indonesia. Pada tahun 1951 Malaysia mewajibkan tabungan wajib bagi pegawai yang nantinya dapat digunakan sebagai tabungan dihari tua. Sedangkan warga yang tidak diwajibkan akan difasilitasi oleh sebuah lembaga yakni EPF (*Employee Provident Fund*). Lembaga SOSCO (*Social Security Organization*) menjamin warga yang mendapat kecelakaan kerja atau pensiunan cacat¹²².

¹¹⁹ Idris Haerawati. *Global Issue Universal Health Coverage: Expanding health insurance among informal worker in Indonesia*. Sriwijaya International Conference on Public Health (SICPH). Palembang. 2017.

¹²⁰ Chongsuvivatwong V, Phua KH, Yap MT, Pocock NS, Hashim JH, Chhem R, Wilopo SA, Lopez AD. *Health and health-care systems in southeast Asia: diversity and transitions*. Lancet. 2011 Jan 29.

¹²¹ Futuready Article, *5 Negara Tujuan Wisata Kesehatan di Asia*. 2016. Diakses dari <https://www.futuready.com/artikel/health/5-negara-tujuan-wisata-kesehatan-di-asia/>, pada 11 Juli 2022

¹²² Bambang Purwoko. *Sistem Jaminan Sosial di Malaysia: Suatu Tata Kelola Penyelenggaraan Program yang Berbasis pada Pelembagaan yang Terpisah*. E-Journal Widya Ekonomika. ISSN 2338-7807. Vol 1 No 1. 2014.

Sistem pendanaan kesehatan yang ada di Malaysia terdiri dari kesehatan publik dan kesehatan privat. Sumber dana untuk kesehatan publik berasal dari pajak masyarakat kepada pemerintah federal, anggaran pendapatan negara, serta lembaga SESCO dan EPF, yang mana dana yang ada tersebut disalurkan untuk program kesehatan preventif dan promotif. Pemerintah Malaysia menetapkan *Universal Coverage* untuk program kesehatan kuratif dan rehabilitatif, yang mana semua masyarakat dijamin pelayanan kesehatannya dengan membayar iuran sebesar 1 RM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari dokter umum, sedangkan untuk pelayanan dari dokter spesialis sebesar 5 RM. Akan tetapi sistem pendanaan kesehatan di Malaysia ini tidak termasuk dalam kategori penyakit berat yang membutuhkan biaya pengobatan yang tinggi¹²³.

Pemerintah Malaysia membebaskan pajak untuk alat kesehatan dan obat-obatan, yang berdampak pada biaya operasional di Malaysia yang menjadi murah. Pemerintah Malaysia membatasi praktik dokter yang hanya satu tempat, sehingga dokter harus memilih akan praktik di pelayanan kesehatan milik pemerintah atau milik swasta. Selain itu, dengan adanya umpan balik (*feedback*) atau pemasukan dari dokter yang tinggi, tentu akan mempengaruhi kualitas pelayanan. Untuk mengklaim pendanaan kesehatan, rumah sakit pemerintah melihat besarnya pengeluaran yang terjadi di tahun sebelumnya dan kemudian rumah sakit tersebut baru bisa untuk mengajukan anggaran kepada Kementerian Kesehatan/*Ministry of Health* (MoH)¹²⁴.

¹²³ Safurah Noh Jaafar. *Malaysia Health System Review*. Health System in Transition Vol 3 No1. 2013.

¹²⁴ WHO, 2005. *Op cit*.

b. Thailand

Thailand memulai sistem jaminan kesehatan di negaranya sejak tahun 1990an yang saat itu baru mencakup 16% dari populasi (pegawai negeri dan pekerja formal), pada tahun 2002 sudah mencakup seluruh penduduk (*National Health Security*). Semenjak tahun 2002 tersebut Thailand telah mencapai *Universal Health Coverage* sebagai sistem kesehatan di negaranya. Thailand dalam mencapai sistem kesehatan *universal health coverage*, hampir setengah dekade mengalami evolusi sejarah yang cukup panjang, evolusi tersebut dimulai dari sistem pendanaan secara *out of pocket* sampai bertahap mencapai sistem pendanaan di muka. Thailand telah menguji dan memperkenalkan berbagai sistem pendanaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan¹²⁵.

Thailand dalam mencapai sistem kesehatan UHC, masyarakatnya dilindungi dengan 3 skema, yaitu *Universal Health Coverage* (cakupan semesta 75%), *Social Health Insurance for formal private sector* (skema asuransi kesehatan untuk pegawai swasta 20%), dan *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (skema asuransi kesehatan untuk PNS 5%). Strategi pendanaan yang baik sangat dibutuhkan untuk mendukung skema tersebut.

Thailand membuat satu strategi yakni menghilangkan kendala keuangan, yang mana strategi tersebut mempunyai risiko yang besar untuk memperluas skema UHC bagi masyarakat yang belum memiliki asuransi kesehatan, agar dapat dengan sukarela menggabungkan kartu asuransi dengan kartu identitas lain (LIC)¹²⁶.

Sistem pelayanan rujukan merupakan sistem pelayanan kesehatan yang diterapkan oleh Thailand. Sistem tersebut

¹²⁵ Indrayathi PA. *Bahan Ajar Pendanaan Kesehatan di Berbagai Negara*. Denpasar: Program Studi Kesehatan Masyarakat Udayana. 2016.

¹²⁶ *Ibid.*

dimulai dari *primary care unit* sebanyak ≤ 8000 PCU, rumah sakit distrik atau biasa disebut rumah sakit sekunder dan tersier sebanyak 800 unit di level provinsi maupun rumah sakit pendidikan. Sedangkan rumah sakit promotif dan preventif yakni merupakan PCU yang mana PCU ini harus mempunyai standar layanan minimum yang harus ditetapkan secara nasional. Pengembangan infrastruktur dibutuhkan dalam implementasi sistem UHC. Selain itu dalam pengimplementasian ini juga dibutuhkan SDM yang berkualitas serta bersedia bekerja sepenuh hati, yang memerlukan motivasi dan semangat dalam memberikan pelayanan semaksimal mungkin pada masyarakat. Thailand mempunyai pusat kesehatan, dengan SDM berkualitas tersebut diletakkan di pedesaan. SDM tersebut merupakan tenaga kesehatan maupun non kesehatan yang akan dilatih dalam memberikan pelayanan yang baik bagi masyarakat¹²⁷

Pemerintah Thailand juga memberikan kesempatan bagi kader tenaga kesehatan untuk membuka lowongan tenaga kesehatan yang akan mengabdikan di pedesaan. Selain itu, pemerintah juga memberikan putra daerah kesempatan untuk menyekolahkan mereka di fakultas kesehatan yang mana kedepannya putra daerah tersebut akan ditempatkan di daerah asalnya sebagai tenaga kesehatan dan akan diberikan dukungan seperti insentif yang memadai.

Pemerintah Thailand juga mempersiapkan kader tenaga kesehatan untuk bekerja di pedesaan dan menyekolahkan putra daerah di fakultas kesehatan yang kemudian diminta untuk mengabdikan sebagai tenaga kesehatan di daerah asalnya dan pemerintah menyediakan insentif yang memadai sebagai bentuk dukungan¹²⁸.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ *Ibid.*

Jumlah dokter di Thailand lebih memadai dibandingkan dengan Indonesia. Sementara persentase tenaga kesehatan yaitu bidan dan perawat Indonesia jauh lebih banyak dari Thailand, terdapat 20 bidan di Indonesia per 100.000 penduduk, sementara di Thailand hanya 1 bidan per 100.000 penduduknya. Dapat diasumsikan bahwa Indonesia masih memprioritaskan pelayanan di tingkat pertama untuk menjangkau masyarakat di daerah, sedangkan Thailand sudah tidak mempunyai masalah akses layanan tingkat pertama, sehingga lebih memprioritaskan di layanan tingkat lanjut dengan penyediaan layanan rumah sakit dan dokter¹²⁹.

Keberhasilan Thailand dengan mutu pelayanan rumah sakitnya dapat dilihat juga dari salah satu Rumah Sakit Internasional di Bangkok, Bumrungrad International Hospital menjadi salah satu tujuan wisata kesehatan. Mengusung tema serupa dengan hotel bintang lima, Rumah Sakit ini mendesain interiornya bernuansa modern tanpa ada aroma obat yang menyengat. Perawat dan para dokter dilatih dengan prosedur internasional, dengan perawatan yang menggunakan peralatan sangat canggih terutama pusat-pusat medis dengan spesialisasi sebagai berikut, kardiologi (jantung), onkologi (kanker), neurologi (sistem saraf), neonatal (bayi), GI (penyakit pencernaan), ortopedi (tulang, otot, ligamen), hingga mata (*optometry*)¹³⁰.

Berikut ini diuraikan mengenai perbandingan sistem kesehatan di beberapa Negara Maju:

a. Jepang

Jepang merupakan salah satu negara dengan harapan hidup tertinggi di dunia¹³¹. Tingkat harapan hidup

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ Futuready Article, *5 Negara Tujuan Wisata Kesehatan di Asia*. 2016. Diakses dari <https://www.futuready.com/artikel/health/5-negara-tujuan-wisata-kesehatan-di-asia/>, pada 11 Juli 2022

¹³¹ World Health Organization. *Summary World Report on Disability*. Number 1. World Health Organization, Department of Health Systems. 2011.

mencerminkan kualitas layanan kesehatan. Pada tahun 2022, angka harapan hidup masyarakat Jepang mencapai 84,52 tahun. Jepang memiliki teknologi kesehatan yang canggih dan lengkap sesuai dengan kebutuhan masyarakat, dan memerlukan pengeluaran pendanaan yang meningkat¹³².

Dari segi pembiayaan kesehatan, pemerintah Jepang sudah memulai jaminan kesehatan sejak tahun 1927, dan mencakup seluruh penduduk (*whole coverage*) di tahun 1961. Untuk penduduk lanjut usia bahkan digratiskan atau tidak perlu membayar iuran sejak tahun 1973¹³³. Jepang menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat mencakup seluruh populasi melalui sistem asuransi kesehatan.

Para pekerja sektor swasta yang pertama kali dikenalkan pada asuransi kesehatan publik di Jepang yang berlandaskan ketentuan *The Health Insurance Law* pada tahun 1992¹³⁴, di mana asuransi kesehatan yang mencakup para pekerja tersebut memiliki manfaat yang belum komprehensif. Pascaperang dunia kedua, Jepang berupaya meningkatkan sistem kesehatan yang ada, termasuk asuransi kesehatan bagi masyarakat Jepang. Subsidi pemerintah pada tahun 1954 ditetapkan sepihak oleh pemerintah nasional untuk kepentingan asuransi kesehatan satu milyar yen. Hal ini untuk memenuhi cakupan universal asuransi kesehatan publik yang akan tercapai pada tahun 1961¹³⁵.

Sistem asuransi di Jepang tidak menjamin semua pengobatan maupun perawatan, namun ditanggung bersama

¹³² Teguh Widodo, 2017. *Performance-Based Budgeting: Evidence from Indonesia*. Institute of Local Government Studies School of Government and Society College of Social Sciences University of Birmingham. 19 Agustus 2016.

¹³³ Naoki Ikegami. *Japan's Health Care System: Containing Costs and Attempting Reform*. Health Affairs. 2004.

¹³⁴ Tetsuo Fukawa. *Public Health Insurance in Japan*. Washington: World Bank Institute. 2002.

¹³⁵ Naoki Ikegami. *Op cit*.

oleh pihak asuransi dan pasien yang bersangkutan. Pemerintah Jepang pada tahun 1984 menerapkan kebijakan masyarakat wajib membayar seluruh pengobatan sebesar 10%. Pada tahun 1997 terjadi peningkatan sebesar 20%, dan sejak tahun 2003 hingga kini terus terjadi peningkatan hingga 30%. Peningkatan sebesar 30% tersebut tidak berlaku untuk semua masyarakat. *Sharing cost* asuransi kesehatan di Jepang yang berlaku saat ini, yaitu:¹³⁶

- 1) Umur \geq 75 tahun membayar 10%, bila mempunyai pendapatan sebesar *income* maka naik menjadi 30%.
- 2) Umur 70-75 tahun membayar 20%, bila mempunyai pendapatan sebesar *income* maka naik menjadi 30%.
- 3) Mulai wajib belajar – umur 70 tahun membayar sebesar 30 %.
- 4) Anak yang belum sekolah membayar 30%.

Jepang mempunyai sumber daya dengan kualitas yang cukup baik untuk mewujudkan sistem jaminan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat. Jaminan kesehatan diberikan sesuai dengan program yang diikuti oleh peserta, yang terdiri dari penyakit umum sampai dengan penyakit khusus. Jepang memiliki pelayanan kesehatan berupa rumah sakit sebanyak \geq 1000 rumah sakit jiwa, *general hospital* 8700 unit, *comprehensive hospital* 1000 unit dengan kapasitas BOR 1,5 juta, 48.000 klinik gigi, dan 79.000 pelayanan kesehatan yang dilengkapi fasilitas layanan rawat jalan dan rawat inap¹³⁷. Berbagai macam asuransi yang ada di Jepang, yaitu:¹³⁸

- 1) *National Health Insurance*, dikelola oleh pemerintah, yang mana asuransi ini ditujukan untuk masyarakat yang sudah pension, orang usia lanjut 7000 orang karyawan.

¹³⁶ Tetsuo Fukawa. *Op cit.*

¹³⁷ Tetsuo Fukawa. *Op cit.*

¹³⁸ Naoki Ikegami. *Op cit.*

- 2) *Mutual Aid Insurance*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk pegawai negeri.
- 3) *Advanced Elderly Medical Service System*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk masyarakat lansia >75 tahun.

Di Jepang, dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun pelayanan dokter, diberlakukan sama untuk semua sistem asuransi yang dipakai. Pembayaran yang dipakai berupa *fee for service*, tetapi secara parsial telah digunakan sebagai pembayaran paket pada asuransi *Health Insurance for Elderly*. Masing-masing harga perawatan medis telah terdaftar oleh asuransi pada *fee schedule* berdasarkan rekomendasi *The Central Social Insurance Medical Council* yang ditentukan oleh pemerintah. Harga resep obat yang dapat diklaim oleh fasilitas medis berdasarkan standar harga obat-obatan.

Ada persamaan jaminan kesehatan di Jepang dengan Indonesia yaitu beban biaya perawatan penduduk lanjut usia cenderung tinggi. Hal tersebut terkait pola penyakit degeneratif dan jumlah proporsi penduduk lansia di Jepang yang tinggi. Namun yang berbeda adalah jaminan kesehatan di Jepang tidak mengenal sistem rujukan, penduduk bebas memilih layanan kesehatan di dokter atau klinik tingkat pertama, ataupun langsung ke Rumah Sakit. Namun jaminan kesehatan di Jepang tidak mencakup persalinan normal, sedangkan di Indonesia mencakup semua persalinan baik normal maupun operasi (SC) dengan indikasi medis¹³⁹.

b. Australia

Australia merupakan salah satu negara maju yang memiliki perekonomian yang bagus dan mempunyai sumber

¹³⁹ Anggara Pernando. *Ini Beda Jaminan Kesehatan Nasional RI dan Jepang*. Ampshare Article. 2015.

daya yang berkualitas. Australia memiliki sistem kesehatan yang canggih dan kompleks. Sistem kesehatan yang canggih tersebut didukung dengan kerja sama antara pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Akses pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah Australia yakni bebas biaya. Meskipun terdapat akses pelayanan yang bebas biaya yang dapat ditanggung oleh pemerintah, beberapa masyarakat Australia juga menggunakan asuransi kesehatan dari pihak swasta¹⁴⁰.

Rumah sakit swasta yang ada di Australia, salah satunya rumah sakit yang dikelola oleh *Healthscope* menyediakan berbagai pelayanan perawatan kesehatan, yakni pelayanan sub-akut hingga pelayanan perawatan kesehatan yang kompleks. Kualitas perawatan di Australia sangat terkenal diseluruh dunia karena memiliki pelayanan yang sangat baik. Berdasarkan penelitian internasional di lima negara yang menilai sistem kesehatan di Australia, Kanada, Jerman, New Zeland, dan Amerika Serikat, Australia mendapatkan penilaian sistem kesehatan yang sangat baik dan menduduki peringkat kedua dari lima negara tersebut. Selain itu, Australia juga mendapatkan penilaian yang sangat baik dari hasil penilaian pelayanan kesehatan yang diukur oleh OECD¹⁴¹.

Sistem kesehatan di Australia telah mencapai *Universal Health Coverage*. Untuk mencapai sistem kesehatan tersebut, banyak yang dilakukan oleh pemerintah Australia yang dikembangkan secara terus-menerus selama puluhan tahun yang lalu. Australia memiliki sistem perawatan kesehatan yang didanai oleh pemerintah, dengan layanan medis yang disubsidi melalui skema asuransi kesehatan nasional

¹⁴⁰ Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013. *The Australian Health Care System*. The Australian University: 2013.

¹⁴¹ *Ibid.*

universal dengan anggaran kesehatan Australia USD3.484 per kapita¹⁴².

Berbeda dengan Indonesia, sistem pendanaan kesehatan di Australia berasal dari pajak, sehingga pelayanan untuk masyarakat diberlakukan sama dan tidak ada perbedaan kelas premi. Kesehatan masyarakat juga menjadi perhatian pemerintah Australia. Angka penyakit menular dapat ditekan, sanitasi dan kualitas air juga menjadi fokus pemerintah. Pemerintah juga mengembangkan penelitian kesehatan berbasis epidemiologi. Berbagai hal tersebut dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakatnya.

Status kesehatan masyarakat di Australia sudah sangat baik, sebagai contoh cakupan imunisasi lengkap sudah mencapai 90%¹⁴³. Salah satu studi yang dilakukan oleh Commonwealth Fund terhadap 11 (sebelas) model perawatan kesehatan nasional yang berbeda, menemukan sistem jaminan kesehatan campuran publik dan privat milik Australia menduduki peringkat terbaik kedua dunia. Hal tersebut diakui oleh Presiden Amerika Serikat yang mengatakan sistem kesehatan negaranya Obamacare perlu segera diperbaiki, dan menyatakan negara-negara lain perlu belajar sistem kesehatan Australia¹⁴⁴.

c. Amerika Serikat

Sistem kesehatan di Amerika menerapkan sistem asuransi komersial. Asuransi komersial tersebut artinya masyarakat berhak memilih untuk menggunakan asuransi atau tidak. Hal ini menyebabkan biaya operasional menjadi besar, premi meningkat setiap tahun, mutu pelayanan kesehatan diragukan, dan tingginya *unnecessary utilization*

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ *Ibid.*

karena Amerika Serikat memiliki sistem pendanaan *fee for services*. Biaya kesehatan menjadi beban yang sangat berat bagi pemerintah Amerika Serikat karena biaya kesehatan melambung tinggi dan mencapai 12% GNP. Tingginya biaya kesehatan menyebabkan tingginya pula biaya produksi barang dan jasa.

Pada tahun 1973, pemerintah Amerika Serikat membuat kebijakan berbentuk undang-undang untuk meminimalisir pertumbuhan conventional health insurance yakni kebijakan *Health Maintenance Organization (HMO-ACT)*¹⁴⁵. Sistem kesehatan yang diterapkan di Amerika Serikat merupakan sistem yang berorientasi pasar, yang mana sepertiga pendanaan kesehatan ditanggung oleh pasien (*out of pocket*). Biaya kesehatan di Amerika Serikat sangat tinggi berdampak pada kondisi Produk Domestik Bruto (PDB). Biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh masyarakat Amerika Serikat sebesar 16% dari total PDB. Biaya yang dikeluarkan masyarakat sangat tinggi dan merupakan peringkat kedua di dunia dalam penggunaan PDB untuk kesehatan. Jika masalah ini tidak diatasi dan diselesaikan dengan baik, maka menurut *The Health and Human Service Departement* angka penggunaan PDB akan mengalami peningkatan yang dratis pada tahun 2017 hingga mencapai 19,5%.

Pelayanan kesehatan di Amerika Serikat juga termasuk kategori mahal diseluruh dunia, bagi standar Negara maju indikator kesehatan yang ada di Amerika Serikat tergolong buruk¹⁴⁶. Pelayanan kesehatan di Amerika Serikat sebagian dikelola oleh pihak swasta. Pada tahun 2009, tercatat sebanyak 50,7 juta penduduk Amerika Serikat yang tidak memiliki asuransi kesehatan (*The US Censuss Beureau*). Penduduk yang tidak tersentuh asuransi tersebut salah

¹⁴⁵ Laksono Trisnantoro. *Op cit.*

¹⁴⁶ Laksono Trisnantoro. *Op.Cit*

satunya berasal dari masyarakat kalangan berpenghasilan menengah kebawah. Hal ini menyebabkan banyak perusahaan mengalami kebangkrutan dikarenakan mahalnya pendanaan kesehatan. Peristiwa ini membuat masyarakat Amerika Serikat bergejolak untuk menuntut untuk dilakukannya reformasi dalam hal kesehatan. Pemerintah Amerika Serikat dituntut untuk memegang kendali dalam permasalahan asuransi kesehatan ini. Masyarakat Amerika Serikat sangat membutuhkan perawatan, akses, keadilan, efisiensi, biaya, pilihan, nilai dan kualitas yang memadai.

Pada akhirnya, Pemerintah Amerika Serikat membuat sebuah terobosan baru mengenai sebuah kebijakan dalam bidang kesehatan. *Patient Protection Affordable Care Act* (PPACC) merupakan salah satu kebijakan yang telah dibuat oleh pemerintah Amerika Serikat. Titik tolak dari perkembangan kesehatan di Amerika Serikat berdasarkan dari kebijakan tersebut. Selain itu, kebijakan tersebut menjadi landasan hukum Amerika Serikat dalam menyelenggarakan perawatan dan biaya kesehatan yang efektif dan efisien bagi masyarakat Amerika Serikat. Dengan dilakukannya reformasi penerapan undang-undang ini diharapkan dapat menurunkan biaya asuransi kesehatan yang akan ditanggung masyarakat AS dimasa yang akan datang¹⁴⁷.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan sistem kesehatan di setiap negara sangat bervariasi, tapi memiliki satu tujuan yang sama yakni untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap negara baik negara maju maupun negara berkembang mempunyai kelebihan dan kelemahan masing-masing dari setiap sistem kesehatan yang diterapkan. Sistem kesehatan yang lampau hingga kini disetiap negara mengalami perubahan yang lebih baik. Setiap

¹⁴⁷ Laksono Trisnantoro. *Op.cit*

pemerintahan negara berkembang maupun negara maju berusaha untuk bisa menangani asuransi kesehatan bagi masyarakatnya. Sistem pendanaan kesehatan setiap negara juga berbeda, karena setiap negara mempunyai perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi, dan geografis yang sangat berpengaruh. Negara berkembang dan negara maju banyak mengalami berbagai tantangan dalam membangun sistem kesehatan yang kuat dan handal. Sistem kesehatan di negara maju terlihat lebih baik dibandingkan dengan negara berkembang, hal ini dapat dilihat dari status kesehatan masyarakat dan permasalahan kesehatan.

d. Jerman

Jerman menjadi negara dengan penerapan jaminan Kesehatan dengan konsep sistem pendanaan secara ganda atau *Diale Finanzierung* yang telah ada sejak tahun 1972. Sumber pendanaan diperoleh melalui investasi pemerintah baik negara federal dan/atau negara bagian, dan biaya operasional yang di cover dari pasien, dapat di contohnya dengan asuransi sebagai asuransi sosial. Jerman menjadi negara tertua dalam penerapan sistem jaminan Kesehatan yang kemudian menjadi negara pioneer untuk penyelenggaraan sistem jaminan Kesehatan di berbagai negara di dunia. Sistem jaminan Sosial dikembangkan Otto von Bismarck (*Bismarck Model*) dengan menekankan pendanaan asuransi yang berasal dari kontribusi peserta berupa premi asuransi. Sistem lain yang menjadi pembanding, dikembangkan Willian Beveridge dari inggris dengan *Beveridge System* dengan menekankan pembiayaan dari penerimaan pajak (*general taxation*)¹⁴⁸.

¹⁴⁸ Stefan Fetzer Bührer dan Christian Hagist, *Adverse Selection in the German Health Insurance System- the case of civil servants*. Health Policy 124, 2020, hal. 888-894.

Jerman mengembangkan sistem jaminan sosial dimulai pada masa pemerintahan kaisar Wilhelm I (1871-1888) dengan mendapatkan banyak pengaruh dari pemikiran Kanselir Otto von Bismarck sebagai salah satu tokoh yang mencetuskan negara kesejahteraan dalam proses mempersatukan negara Jerman di abad ke-19. Pada tanggal 17 November 1881 dengan inisiatif Kanselir Otto von Bismarck, Kaisar Wilhelm I membuat Imperial Decree yang menandakan penggunaan sistem asuransi dasar, yang kemudian dikenal dengan sistem asuransi pertama atau *system of accident and illness insurance for workers* yang kemudian menjadi awal dari pengembangan sistem jaminan sosial di Jerman. Perjalanan selanjutnya, Bismarck mulai memperkenalkan beberapa asuransi sosial lain, seperti asuransi kesehatan (*Statutory health insurance*) pada tahun 1883, kemudian pada tahun 1884 asuransi kecelakaan (*statutory accident insurance*) dan mulai tahun 1889, para pekerja mulai mengasuransikan diri terhadap konsekuensi yang mungkin muncul akibat usia tua dan kondisi cacat.

Tahun 1911, pengaturan beberapa asuransi sosial dilakukan penyatuan dalam sebuah regulasi berupa undang-undang tentang asuransi sosial, yang disebut dengan Reichsversicherungsordnung (RVO), yang kemudian pada tahun 1912 dilakukan perluasan sistem asuransi sosial dengan membuat asuransi sosial bagi pekerja kantoran (*white-collar employes*) dan tahun 1927 mulai diberlakukannya asuransi bagi pengangguran. Tahun 1994, Jerman mulai memperkenalkan cabang baru asuransi sosial secara bertahap yaitu asuransi perawatan dalam jangka panjang (*Statutory long-term care insurance*). Dalam Undang-Undang Dasar (*Grundgesetz*) diamanahkan bahwa perkembangan penyelenggaraan sistem jaminan sosial menjadi salah satu upaya dalam mencapai negara yang sejahtera (*welfare state*),

dimana prinsip yang sejahtera menjadi atribut dari sebuah negara hukum yang memiliki kewajiban dalam menyelenggarakan sistem jaminan sosial bagi warga negaranya. Sistem Jaminan Sosial di Jerman memiliki pemikiran yang utama untuk menjaga standar hidup orang yang tertanggung (*insecured people*) dan kedudukan sosial di masyarakat, apabila terjadi suatu kondisi yang dapat mengancam kondisi keuangan dan mata pencaharian. Berdasarkan hal tersebut, penyelenggaraan asuransi sosial di Jerman dilaksanakan dengan menganut prinsip sebagai berikut:

a. *The Principle of Compulsory Insurance*

Prinsip dasar ini memberikan seluruh warga negara untuk wajib menjadi peserta asuransi sosial (*statutory social insurance*). Namun, bagi warga negara yang memenuhi syarat tertentu yaitu memiliki pendapatan diatas batas yang telah ditentukan dengan diberikan kebebasan dalam memilih menjadi peserta asuransi swasta (*private insecure*) atau peserta sosial secara sukarela (*voluntary social insurance*) dengan tetap memperoleh layanan asuransi yang sama, yang dalam kenyataannya banyak menimbulkan keberataan bagi golongan yang diharuskan taat mengikuti sistem asuransi, sehingga hampir 90% warga negara telah masuk dalam sistem asuransi yang diselenggarakan.

b. *The Principle of Financing through Contribution/Shared Financing*

Prinsip dasar, dengan sistem pembiayaan asuransi dengan sumber utama berasal dari pemberi kerja dan pekerja sebagai kontributor didalamnya. Besaran kontribusi telah ditetapkan dalam Undang-Undang Pemerintah Federal, yang didalamnya mengatur juga terkait asuransi pensiun, asuransi kesehatan, perawatan

untuk jangka panjang dan pengangguran, dan untuk asuransi kecelakaan besarnya ditentukan oleh organisasi asuransi sosial itu sendiri.

c. *The Principle of Solidarity*

Prinsip dasar yang memberi makna bahwa risiko yang ditanggung oleh peserta asuransi beserta keluarganya secara kolektif tanpa membedakan besaran iuran atau kontribusi dalam pembayaran asuransi untuk mendapatkan akses layanan yang komprehensif dan manfaat yang sama. Tujuan prinsip solidaritas adalah untuk menciptakan keseimbangan antara yang sedang dalam kondisi sehat dan juga kondisi yang sedang sakit atau yang memiliki penghasilan rendah, sedang atau tinggi.

d. *The Principle of Self-Government*

Prinsip dasar, dengan pemberian tugas dan tanggung jawab dari pemerintah kepada organisasi asuransi sosial yang bukan merupakan lembaga negara, yang kemudian disebut dengan *the principle of subsidiarity*. Dalam prinsip ini, sistem pembiayaan diperoleh dari partisipasi langsung pemberi kerja dan pekerja melalui mekanisme pemilihan umum (*sozialwahl*) dalam penentuan perwakilan yang akan duduk dalam organisasi asuransi sosial yang merupakan korporasi yang patuh pada ketentuan hukum publik berupa hukum jaminan sosial (*social security law*). Tugas dan tanggung jawab korporasi tersebut, adalah pelaksanaan dan pengelolaan dana asuransi sosial yang dalam pelaksanaan kegiatannya menjadi pengawasan hukum negara¹⁴⁹.

e. *The Principle of Free Movement*

¹⁴⁹ N. Irfani, *Organisasi Jaminan Sosial Republik Federal Jerman*. Jamsos Mancanegara, 2012, hlm.1-14.

Prinsip dasar dengan memberikan pilihan dalam bergerak bebas dan menetap di lokasi yang diinginkan bagi setiap warga negara di seluruh negara anggota Uni Eropa.

f. *The Principle of Equivalence*

Prinsip ini berlaku untuk asuransi bagi pensiun, yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran hubungan jumlah yang sudah dibayarkan dan manfaat yang diperoleh dan akan diterima seseorang yang bertanggung. Jumlah manfaat yang akan didapatkan setiap orang tidak sama, namun berdasarkan jumlah kontribusi yang telah dibayarkan bertanggung sebelumnya. Perolehan layanan asuransi yang sama berdasarkan undang-undang/*die gesetzliche sozialversicherung* menentukan hanya orang tertentu saja yang diberi hak memilih untuk menjadi peserta asuransi swasta, yaitu para pekerja atau pensiunan dengan pendapatan pertahun di atas batas yang ditentukan, wiraswasta, pegawai negeri/*staatsbeamte*, atau orang yang sudah tercatat dalam kepesertaan asuransi sosial namun ingin mendapatkan layanan dengan tambahan manfaat dengan tunduk pada Undang-Undang Jaminan Sosial dan Peraturan Perundang-undangan terkait lainnya. Sebaliknya, jika mereka memilih untuk menjadi peserta asuransi swasta maka pengaturannya akan tunduk pada rezim hukum perdata dengan mengacu pada kontrak asuransi yang telah disepakati oleh kedua belah pihak¹⁵⁰.

Sedangkan dilihat dari Pendidikan Dokter Spesialis, Amerika Serikat dan Tiongkok menggunakan sistem *university-based*, residen berstatus sebagai pekerja sama seperti sistem *hospital-*

¹⁵⁰ Thea Kreutzburd dkk, *Comorbidity Patterns Among Patients with Peripheral Arterial Occlusive Disease in Germany: A Trend Analysis of Health Insurance Claims Data*. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2020, hal 59-66.

based. Perbandingan sistem *hospital-based* dan *university-based* beserta status residen dapat disajikan dalam tabel berikut

Negara	Sistem Pendidikan	Status Hukum	Rerata Besaran Insentif per Tahun dalam USD	Pola Pemberian Insentif	Regulasi Jam Kerja dan Istirahat
Amerika Serikat	ACGME approved: - Hospital-Based - University-Based - University-Affiliated Hospital Based - Military-Based	Pekerja	57.191-76.222	Progresif sesuai tahapan pendidikan	ACGME (maksimal 80 Jam per Pekan)
United Kingdom	Hospital-Based	Pekerja	37.280-68.687 (GBP 1 = USD 1,32)	Progresif sesuai tahapan pendidikan	EWTD (maksimal 48 Jam per Pekan)
Belanda	Hospital-Based	Pekerja	Tidak tersedia	Tidak tersedia	EWTD (maksimal 46 Jam per Pekan)
Australia	Hospital-Based	Pekerja	40.371-62.398 (AUD 1 = USD 0,73)	Progresif sesuai tahapan pendidikan	Australia Fairwork (maksimal 38 Jam per Pekan)
Jepang	Hospital-Based	Pekerja	Ikyoku: 40.487 Non-Ikyoku: 56.968 (JPY 80 = USD 1)	Otonomi kepala departemen (Ikyoku)	ACGME (Non-Ikyoku)
Tiongkok	Hospital-Based University-Based	Pekerja	8.940	Tidak tersedia	Tidak tersedia
Singapura	AHS-Based	Pekerja	Tidak tersedia	Sesuai kontrak kerja	ACGME (maksimal 80 Jam per Pekan)
Indonesia	University-Based	Siswa	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia

Gambar 2.16 Perbandingan sistem *hospital-based* dan *university-based*

Sumber: Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia

Secara umum, negara-negara di Asia menggunakan sistem pendidikan dokter spesialis berbasis universitas (*university-based*), seperti Malaysia, Vietnam, dan India. Singapura menerapkan sistem pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*), dan beberapa negara lainnya seperti Thailand, Myanmar, Filipina, Jepang, dan Cina menerapkan keduanya baik sistem pendidikan dokter spesialis berbasis universitas (*university-based*) maupun sistem pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*).

Catatan penting terhadap sistem pendidikan dokter spesialis di negara Asia tersebut sebagai berikut. Di Malaysia, peserta pendidikan dokter spesialis dapat melakukan pendaftaran di Kementerian Pendidikan atau Kementerian Kesehatan, mendapatkan gelar master (strata dua/magister), residensi dilakukan di rumah sakit dengan gelar master (strata dua/magister) diberikan oleh universitas. Di Vietnam, pendidikan dokter spesialis diselenggarakan oleh universitas dan melakukan

praktik menangani pasien (*hands-on*) di rumah sakit, dan setelah menyelesaikan pendidikannya mendapatkan gelar dokter spesialis atau gelar master (strata dua/magister). Pendidikan dokter spesialis di India merupakan program pendidikan pascasarjana (*postgraduate*) yang memberikan gelar master (strata dua/magister) atau doktor (strata tiga/doktoral) bagi lulusannya.

Program pendidikan dokter spesialis di Singapura memberikan gelar dokter spesialis bagi lulusannya, adapun di Thailand program pendidikan dokter spesialis diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, dan dapat berupa program pascasarjana (*postgraduate*). Di Myanmar, program pendidikan dokter spesialis merupakan program magister (strata dua/magister) yang dilanjutkan dengan residensi di rumah sakit setelah menyelesaikan program pendidikan tersebut. Di Filipina, sebagaimana dicontohkan di De Lasalle University Hospital merupakan pendidikan dokter spesialis berbasis universitas (*university-based*), dan pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*) sebagaimana dicontohkan di De Los Santos Medical Centre, di mana keduanya memberikan gelar akademik bagi lulusannya. Adapun di Jepang, menerapkan baik pendidikan dokter spesialis berbasis universitas (*university-based*) maupun pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*), di mana pendidikan dokter spesialis diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian Ketenagakerjaan, dilakukan di rumah sakit yang berafiliasi dengan universitas, dan memberikan gelar akademik bagi lulusannya.

Adapun di kawasan Eropa, negara yang tercatat menggunakan pendidikan dokter spesialis berbasis universitas (*university-based*) yaitu Perancis, dan negara yang menggunakan sistem pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*) yaitu Inggris, Jerman, dan Norwegia. Catatan penting terhadap sistem pendidikan dokter spesialis di negara Eropa sebagai berikut. Program pendidikan dokter spesialis di Perancis dilakukan dengan melakukan mendaftar di universitas dan melakukan

praktik/residensi di rumah sakit swasta yang berafiliasi dengan universitas, sedangkan lulusannya mendapatkan gelar dokter spesialis. Di Inggris, program pendidikan dokter spesialis diselenggarakan oleh rumah sakit yang bekerja sama dengan lembaga pelatihan, dan lulusannya mendapatkan gelar dokter spesialis. Program pendidikan dokter spesialis di Jerman diselenggarakan oleh badan regulasi yang melakukan seleksi dan menerbitkan sertifikasi, adapun lulusannya mendapatkan gelar dokter spesialis. Di Norwegia, program pendidikan dokter spesialis dengan persyaratan residen harus memenuhi penanganan beberapa kasus medis yang harus diselesaikan, dan lulusannya mendapatkan gelar dokter spesialis.

Di Kawasan Amerika, Amerika Serikat menggunakan sistem pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*), di mana pembelajaran dilakukan di rumah sakit atau rumah sakit terpisah (*free-standing hospital*). Adapun Kanada menerapkan pendidikan dokter spesialis berbasis universitas (*university-based*), di mana sertifikat dikeluarkan oleh *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (RCPSC).

Di Afrika, Nigeria dan Ethiopia menerapkan sistem pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*), di mana di kedua negara tersebut lulusan program pendidikan dokter spesialis mendapatkan gelar dokter spesialis.

Lebih lanjut, terkait praktik *university-based* dan *hospital-based* di berbagai negara secara visual dapat disajikan dalam tabel sebagai berikut.

Gambar 2.17 Perbandingan university-based dan hospital-based di Asia, Eropa, Amerika, dan Afrika

Education for medical students (S1) is based in university; residency (Sp) program can be either university- or hospital-based, or both

Continent	Country	Medical student (S1)	Residency (Sp)
Asia	 Malaysia	University	University ; get master's degree, but can apply through MoE or MOH, MOH servants will do residency in hospitals but will still get master's degree from uni
	 Singapore	University	Hospital ; awarded specialist title
	 Thailand	University	University or hospital ; can be a post-graduate degree in university (programs are run by MOH)
	 Vietnam	University	University ; run by university but practice in hospitals, awarded specialist or master's degree
	 Myanmar	University	University + hospital ; master's degree in university + apply for residency after that in the hospital
	 Philippines	University	University (e.g., De Lasalle University Hospital) or hospital (e.g., de Los Santos Medical Centre); awarded a degree
	 India	University	University ; postgraduate program obtaining master's or doctorate degree
	 China	University	University
	 Japan	University	University or hospital ; done in hospital affiliated with university (run by MOH and Ministry of Labor), awarded a degree
Europe	 UK	University	Hospital ; hospitals have an agreement with the training bodies, awarded specialist title
	 Germany	University	Hospital ; regulatory body will test residents and issue certification, awarded specialist title
	 France	University	University ; residents will then go to university or private hospitals affiliated with universities for residency practice, specialist title is awarded by the university
	 Norway	University	Hospital ; residents have to fulfill a set number of required cases, awarded specialist title
America	 USA	University	Hospital ; in teaching or free-standing hospitals
	 Canada	University	University ; certification issued by Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC)
Africa	 Nigeria	University	Hospital ; awarded specialist title
	 Ethiopia	University	Hospital ; awarded specialist title (e.g., St. Paul's Hospital Millennium Medical College)

Sumber: Kementerian Kesehatan

D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru yang akan Diatur dalam Undang-Undang atau Peraturan Daerah terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat dan Dampaknya terhadap Aspek Beban Keuangan Negara

Sebagaimana telah dibahas dalam bagian sebelumnya, kebijakan pemerintah sebagaimana dirumuskan dalam Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan dibutuhkan untuk menjawab berbagai macam persoalan yang dihadapi dalam penyelenggaraan kesehatan, dan diharapkan akan menimbulkan dampak positif berkaitan dengan implikasi penerapan sistem baru terhadap aspek kehidupan masyarakat dan berdampak terhadap aspek beban keuangan negara.

Sejalan dengan ketentuan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, kajian mengenai implikasi penerapan sistem baru terhadap aspek kehidupan

masyarakat dan dampak terhadap aspek beban keuangan negara akan diuraikan dalam bagian ini dengan menggunakan pendekatan *regulatory Impact Analysis* (RIA) ¹⁵¹ yang secara ringkas dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Perumusan Masalah

Beberapa permasalahan yang dihadapi terkait dengan penyelenggaraan transformasi sistem kesehatan yang menyasar pada 6 (enam) pilar, yaitu layanan primer, layanan rujukan, sistem ketahanan kesehatan yang mencakup kemandirian farmasi dan alat kesehatan serta ketahanan dalam menghadapi krisis, sistem pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, dan teknologi Kesehatan. Beberapa permasalahan kritical diantaranya adalah pemenuhan jumlah dokter sesuai dengan rasio standar (1:1000), menarik pulang talenta-talenta terbaik Warga Negara Indonesia diaspora di bidang kesehatan, mendayagunakan tenaga kesehatan Warga Negara Asing dalam rangka penanaman modal

¹⁵¹ Penggunaan Analisis Kebijakan metode *Regulatory Impact Assessment* (RIA) dan *Rule, Opportunity, Capacity, Communication, Interest, Process and Ideology* (ROCCIPI). RIA, merupakan metode untuk menilai secara sistematis, komprehensif, dan partisipatif dampak positif dan negatif dari suatu rancangan peraturan. Metode ini akan mengukur tingkat efektivitas peraturan yang akan dibentuk dengan menilai potensi dampak dari peraturan tersebut sehingga dapat mencapai tujuan yang diinginkan sebagai alat kebijakan yang digunakan secara luas di negara-negara OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) yaitu organisasi internasional yang terdiri dari 30 negara yang menerima prinsip-prinsip demokrasi perwakilan dan ekonomi pasar bebas. Tahapan RIA sesuai OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) mencakup: Konteks kebijakan dan tujuan khususnya dari identifikasi secara sistemik masalah yang menyebabkan diperlukannya pengaturan oleh pemerintah; Opsi peraturan dan kebijakan lain untuk mencapai tujuan kebijakan yang akan ditetapkan; Dampak dari opsi yang dipertimbangkan, termasuk efek biaya, manfaat dan pendistribusian.; Strategi penegakan hukum dan kepatuhan dari setiap opsi, termasuk mengevaluasi efektivitas dan efisisensi tiap pilihan; Strategi penegakan hukum dan kepatuhan dari setiap opsi, termasuk mengevaluasi efektivitas dan efisisensi tiap pilihan; Konsultasi publik secara sistematis untuk member kesempatan kepada semua pemangku kepentingan untuk berpartisipasi dalam proses penyusunan peraturan. Tahap ini memberikan informasi yang penting akan biaya dan manfaat dari semua alternatif termasuk efektifitasnya. (Berdasarkan metode analisis yang dapat digunakan dalam melihat dampak logis berupa dampak negatif (semua biaya) dan dampak positif (manfaat) yang dirasakan berbagai pihak. Lihat S. Jacobs, *Current Trends in Regulatory Impact Analysis: The Challenges of Mainstreaming RIA into Policy-making*. Jacobs and Associates. Washington, DC, 2006, sumber dari Pengembangan dan Implementasi Metode Regulatory Impact Analysis (RIA) untuk Menilai Kebijakan (Peraturan dan Non Peraturan) di Kementerian PPN/Bappenas).

asing di dalam negeri, meningkatkan kemandirian farmasi dan alat kesehatan dalam negeri, dan berbagai isu penting lainnya.

2. Identifikasi Tujuan

Berdasarkan beberapa permasalahan yang dihadapi diperlukan terobosan solusi yang harus dipayungi dengan landasan hukum yang kuat, antara lain untuk percepatan produksi dokter spesialis diperlukan perubahan sistem pendidikan yang memangkas jalur birokrasi yang rumit. Dengan demikian tujuan adanya pembaharuan regulasi salah satunya adalah meningkatkan produksi dokter spesialis.

3. Identifikasi alternatif penyelesaian masalah

Identifikasi alternatif penyelesaian masalah menentukan berbagai pilihan kebijakan yang dikaji dari berbagai aspek. Dalam permasalahan kekurangan dokter terdapat berbagai alternatif yang bisa diambil, antara lain dengan mengintervensi proses pengadaan melalui perubahan pada sistem pendidikan tinggi maupun dengan menerapkan kebijakan afirmasi melalui penugasan khusus tenaga kesehatan.

4. Analisis Manfaat dan Biaya

Penilaian atas manfaat dan biaya terhadap setiap pilihan kebijakan diperlukan untuk memberikan pertimbangan yang efektif dalam menentukan kebijakan yang akan dituangkan dalam Undang-Undang. Berkenaan dengan intervensi perubahan pada sistem pendidikan tinggi, dari sisi manfaat memberikan banyak kemudahan melalui jalur pendidikan spesialis berbasis rumah sakit, yang memotong beberapa rangkaian jalur birokrasi karena pada dasarnya bagian utama pendidikan spesialis tenaga kesehatan adalah berbasis rumah sakit. Demikian halnya dari sisi biaya tentunya dapat mengurangi biaya yang selama ini cukup tinggi dibebankan kepada mahasiswa dengan penerapan pendidikan berbasis rumah sakit mengingat rumah sakit pendidikan secara langsung melakukan pengelolaan pendidikan dengan koordinasi dari kolegium spesialis terkait.

Selain gambaran di atas, dalam kajian implikasi penerapan berbagai kebijakan baru juga dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang diselenggarakan berdasarkan pada prinsip partisipatif, nondiskriminatif dan berkelanjutan demi kepentingan sumber daya manusia Indonesia yang berdaya saing dalam mendukung pembangunan kesehatan nasional, dengan penyederhanaan pengaturan yang akan menjadi dasar operasional untuk pencapaian penyelenggaraan kesehatan.

Dalam penyelenggaraan upaya kesehatan promotif preventif, pemerintah pusat dan pemerintah daerah melibatkan masyarakat atau swasta, seperti pada pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan, atau pada upaya kesehatan yang melibatkan sektor lain terkait yang bersumber daya masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat sehingga terjadi peningkatan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan individu, keluarga, kelompok masyarakat untuk menyelesaikan masalah kesehatan secara mandiri dan terorganisasi.

Dampak logis penerapan kebijakan publik berupa Rancangan Undang-Undang bidang kesehatan bertujuan untuk memaksimalkan *social welfare* dengan menimbang dampak positif (manfaat) dan dampak negatif (semua biaya) yang dirasakan oleh berbagai pihak.

Keterlibatan *stakeholder* lain di luar Pemerintah seperti masyarakat atau swasta secara manfaat sangat membantu dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Di situasi seperti pandemi atau endemi, keterlibatan masyarakat atau swasta dapat meringankan beban pemerintah sebagai pemangku kebijakan dalam mengatasi masalah kesehatan. Keterlibatan semua pihak dengan berpartisipasi dalam pembangunan di bidang Kesehatan merupakan dampak logis positif yang secara langsung manfaat tersebut dapat dilihat melalui dampak pembangunan (termasuk

future impact) yang dapat dirasakan oleh masyarakat. Peran masyarakat dalam melakukan pembangunan di bidang kesehatan tidak selalu dengan berpartisipasi langsung secara aktif di lapangan, namun dapat dilakukan dengan menjaga pola kesehatan hidup.

Dalam sistem kesehatan nasional menyebutkan bahwa cara masyarakat berperan serta dapat dilakukan dalam bentuk mengikuti penelaahan, perencanaan dan pelaksanaan pemecahan masalah kesehatan, Sistem Kesehatan Nasional dalam dasar-dasar pembangunan kesehatan nasional menyebutkan bahwa pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan masyarakat.

2. Peningkatan kapasitas dan ketahanan kesehatan dalam penguatan sistem kesehatan meliputi layanan kesehatan primer, layanan kesehatan rujukan, kemandirian farmasi dan alat kesehatan, ketahanan kesehatan, pendanaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan dan teknologi kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat diwujudkan melalui penyelenggaraan upaya kesehatan perseorangan yang ditujukan untuk kepentingan perseorangan dan keluarga; dan upaya kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk kelompok dan masyarakat, dimana keduanya bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Penguatan layanan kesehatan primer salah satunya berkaitan dengan hak atas akses menuju kesehatan dasar/*basic healthcare system*, yang diperkuat dengan membagi kewenangan pemerintah pusat dan daerah. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 belum diatur pembagian wewenang antara pusat dan daerah sementara terkait bidang kesehatan merupakan substansi yang telah termuat dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang pemerintahan daerah yaitu memberikan wewenang dan kewajiban kepada pemerintah daerah dalam melaksanakan upaya kesehatan yang mencakup pada standar pelayanan minimal. Selain

itu, pengaturan terkait posyandu/Unit Kesehatan Berbasis Masyarakat belum menjadi bagian dari sistem Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, hal ini penting karena keberadaan kader kesehatan dari masyarakat sangat diperlukan untuk meningkatkan rasa percaya diri masyarakat terhadap kemampuan yang mereka miliki, selain itu kegiatan yang dilakukan dengan terencana dan terarah dengan partisipasi aktif individu, kelompok, masyarakat secara keseluruhan akan lebih dapat memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi dan budaya setempat.

Layanan kesehatan rujukan yang merupakan sistem penyelenggaraan kesehatan menerapkan alur pemeriksaan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis jika layanan kesehatan primer yang melayani kesehatan tidak mampu memberikan layanan sesuai kebutuhan karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau ketenagaan. Peningkatan Mutu dan Akses layanan rujukan, didasarkan pada kepemimpinan dan layanan yang berdasar kebutuhan pasien yang menuju outcome pelayanan dan klinikal, melalui akreditasi, *Center of Excellence*, *One Stop Service*, *sister hospital*, digitalisasi layanan rujukan, stratifikasi dan jejaring pengampunan layanan prioritas, *academic health system*, sistem rujukan terintegrasi berbasis kompetensi, dan penanganan kedaruratan pra hospital-119. Stratifikasi dan pembentukan jejaring pengampunan dilakukan dengan pemetaan kompetensi Rumah Sakit ke dalam strata kompetensi dan selanjutnya dilakukan penentuan target pengampunan, sehingga terjadi peningkatan kompetensi Rumah Sakit yang diampu dalam penanganan penyakit prioritas sehingga tercapai penurunan angka kesakitan, angka kematian dan biaya pelayanan serta peningkatan produktifitas dan kualitas hidup.

Percepatan pengembangan industri Farmasi dan Alkes dengan tujuan menjamin ketersediaan farmasi dan alat Kesehatan harus

dilakukan agar dapat mempercepat kemandirian farmasi dan alat kesehatan dan pengembangan produksi dapat terwujud, sehingga meningkatkan daya saing industri farmasi dan alat Kesehatan, serta mendorong penguasaan teknologi dan informasi.

Perbaikan atau peningkatan kebijakan dalam sektor kesehatan menjadikan ketahanan kesehatan sebagai salah satu fokus utama. Dalam meningkatkan ketahanan kesehatan Indonesia diperlukan peningkatan kapasitas berupa kemampuan dalam surveilans dan respon cepat serta tindakan karantina dalam rangka melindungi kesehatan masyarakat dari penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat pada pintu masuk (pelabuhan/bandar udara/Pos Lintas Batas Darat Negara) dan di wilayah. Penguatan sistem ketahanan kesehatan Indonesia secara integratif dan holistik bertujuan untuk mengurangi ancaman krisis epidemi dan pandemi dengan fokus pada perbaikan kesiapan (*preparedness*) pada kejadian kedaruratan kesehatan, khususnya sistem surveilans yang terintegrasi, kecepatan dan ketepatan pemeriksaan sampel laboratorium kesehatan masyarakat, serta manajemen data dengan SDM yang kompeten.

Sumber daya manusia kesehatan merupakan pendukung sekaligus penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya kesehatan dan manajemen kesehatan. Untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat dicapai salah satunya melalui pengaturan tenaga kesehatan dalam Rancangan Undang-Undang Tenaga Kesehatan yang mencakup perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan terhadap Tenaga Kesehatan dengan keterlibatan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan dan peningkatan cakupan layanan kesehatan hanya dapat diwujudkan melalui ketersediaan, aksesibilitas, akseptabilitas, dan kualitas tenaga Kesehatan. Hal ini juga dikarenakan tenaga kesehatan memainkan

peran penting dalam penyiapan kegawatdaruratan dan krisis kesehatan melalui partisipasi dalam manajemen sistem respons kebencanaan di berbagai level baik di tingkat daerah maupun pusat.

Teknologi kesehatan menjadi penerapan ilmu pengetahuan yang diwujudkan dalam bentuk alat kesehatan, obat, vaksin, perbekalan kesehatan lain, metode atau sistem termasuk perangkat keras dan lunak yang dikembangkan sebagai upaya penyelesaian masalah kesehatan dengan melakukan penelitian, disebarkan dan dikembangkan kembali untuk dimanfaatkan kepentingan kesehatan masyarakat.

Upaya kesehatan yang diusung tidak lagi bersifat konvensional namun dapat memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi dengan memenuhi persyaratan penyelenggaraan dengan tersedianya sumber daya manusia; sarana prasarana dan peralatan; dan aplikasi yang diselenggarakan secara berkesinambungan dengan sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan melalui rujukan secara vertikal dan horizontal secara terintegrasi dengan proses transfer data dan informasi medis pasien. Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi penyelenggaraan layanan kesehatan terdiri atas layanan kesehatan yang nonklinis berupa telekesehatan; layanan kesehatan klinis berupa *telemedicine*.

Telemedicine berperan penting dalam pembangunan di bidang kesehatan. Keberadaan *telemedicine* atau pelayanan kesehatan jarak jauh dalam situasi pandemi menjadi alternatif yang cukup menjanjikan. *Telemedicine* dapat mengatasi beberapa kendala yang ada di Indonesia diantaranya berkaitan dengan keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan, kendala geografis, keterbatasan sarana transportasi, dan biaya. Namun, jika mengacu pada jenis intervensi digital untuk penguatan sistem kesehatan yang dikeluarkan WHO, Indonesia baru memiliki regulasi terkait penggunaan *telemedicine* dari fasilitas pelayanan kesehatan ke

fasilitas pelayanan kesehatan. Jika dibandingkan dengan Amerika Serikat, negara tersebut sudah memiliki regulasi yang mengatur penggunaan *telemedicine* dari fasilitas pelayanan kesehatan ke konsumen. Beberapa tantangan dalam penerapan *telemedicine* di Indonesia berkaitan dengan beberapa hal diantaranya dokter yang belum siap, masalah etika, regulasi, dan lain-lain.¹⁵² Dengan adanya teknologi informasi bidang kesehatan berupa pelayanan *telemedicine* memberikan manfaat dalam peningkatan ketepatan dan kecepatan diagnosis medis serta konsultasi medis di rumah sakit yang belum memiliki tenaga dokter spesialis tertentu dan/atau puskesmas yang berada di kawasan terpencil dan sangat terpencil. Oleh karena itu, dampak biaya yang harus dilakukan pemerintah adalah mengakomodir regulasi yang mengatur terkait *telemedicine*.

Dalam dunia kesehatan, keberadaan bioteknologi dapat berkontribusi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan. Peran biobank dapat memberikan peneliti memiliki akses ke data yang mewakili sejumlah besar orang untuk mengetahui penyakit tertentu dalam populasi serta merekomendasikan untuk pengobatan mereka. Penelitian bioteknologi diperlukan untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas produk serta pengetahuan tentang bioteknologi. Bioteknologi memiliki peran positif di bidang pertanian, kesehatan, dan lingkungan. Di bidang kesehatan, bioteknologi dapat mendiagnosis genetik dan non-genetik penyakit dan mengobati penyakit tertentu.

Penjaminan penyediaan pendanaan dalam upaya kesehatan tersedia, secara transparan, efektif, efisien dan berkeadilan, yang berdampak pada pencegahan masyarakat membayar secara lebih dari seharusnya dikarenakan rumusan pengaturan bidang kesehatan menjadi proses bisnis yang tidak efisien dan pungutan yang dilakukan oleh institusi yang tidak memiliki landasan yang

¹⁵² Diakses dari <https://fisipol.ugm.ac.id/peran-telemedicine-dan-literasi-digital-dalam-menghadapi-pandemi> pada tanggal 14 Juli 2022

kuat dan irasional sehingga pungutan secara berlebihan memberikan beban kepada perseorangan maupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan harus diselenggarakan secara transparan, efektif, efisien dan berkeadilan sehingga masyarakat dapat merasakan manfaat secara baik. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggungjawab atas terbebasnya masyarakat dari pungutan liar yang dilakukan oleh oknum-oknum di wilayah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer maupun rujukan karena hal tersebut sangat merugikan masyarakat. Sehingga Pemerintah yang memastikan bahwa pendanaan kesehatan dapat berjalan secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, dampak biaya yang harus dilakukan oleh Pemerintah adalah membuat regulasi yang dapat mengakomodir terkait hal tersebut.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah juga bertanggungjawab atas peningkatan akses dan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk pelayanan primer. Pemerintah pusat memiliki peran agar bisa “mengintervensi” peningkatan akses dan ketersediaan Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer. Untuk tingkat rujukan, Pemerintah Pusat berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk peningkatan akses dan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan pelayanan rujukan Pemerintah Pusat dan Pemerintah daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dalam rangka pemberian izin berusaha, peningkatan akses dan ketersediaan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Apabila ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat primer maupun rujukan sudah terpenuhi, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggungjawab atas penyediaan tenaga kesehatan dan ketersediaan kefarmasian dan alat-alat kesehatan. Hal selanjutnya adalah pendanaan kesehatan.

Pendanaan yang bertujuan membiayai pembangunan kesehatan secara berkesinambungan dengan jumlah tercukupi, teralokasi dan termanfaatkan dengan adil, berhasil guna dan

berdaya guna sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang bersumber dari pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain, dengan mengembangkan sistem informasi pendanaan oleh pemerintah pusat sebagai sistem pencatatan yang wajib dilaksanakan oleh semua fasilitas pelayanan kesehatan, institusi/Lembaga pemerintah atau swasta.

Pendanaan kesehatan yang didasarkan pada Kebutuhan Dasar Kesehatan menurut WHO berdasarkan siklus hidup, yang merupakan kelompok umur yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang terdiri dari bayi dan anak-anak, remaja, dewasa sampai dengan usia 65 tahun, dan usia lanjut dimaksudkan agar dapat memberikan batasan jelas dan tidak multitafsir sehingga dalam pelaksanaannya pemanfaatan jaminan kesehatan tidak merugikan salah satu pihak antara BPJS, fasyankes, dan/atau peserta.

Pencapaian derajat kesehatan yang optimal dalam memperoleh pelayanan kesehatan secara preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif dapat terwujud salah satunya melalui sistem pendanaan kesehatan yang terstruktur. Tersedianya pendanaan kesehatan dengan jumlah mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna, berdaya guna dan berkesinambungan untuk menjamin terselenggaranya Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan. Upaya penyelenggaraan pemerintah dalam mewujudkan Kesehatan masyarakat yang merata dilakukan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional. Jaminan Kesehatan Nasional memudahkan masyarakat mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan tanpa harus takut dengan biaya yang mahal, atau dengan kata lain melindungi rumah tangga dari pengeluaran kesehatan besar yang dapat memiskinkan rumah tangga akibat penyakit katastropik. Berbagai instrumen pembiayaan kesehatan publik telah dikembangkan, termasuk alokasi sistem monitoring serta efisiensi pembiayaan kesehatan demi peningkatan layanan kesehatan

berkelanjutan. Kecepatan perubahan, inovasi, dan reformasi sistem kesehatan tersebut membutuhkan kapasitas yang mumpuni dari seluruh sumber daya kesehatan, terutama para tenaga kesehatan dan akademisi kesehatan, untuk terus-menerus mendorong dan mengembangkan perbaikan kebijakan pelayanan kesehatan. Masalah pendanaan dapat diatasi dengan meningkatkan jumlah dana, memperbaiki alokasi dana, manajemen dana, dan mengendalikan biaya kesehatan. Masalah peningkatan biaya kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingkat inflasi, tingkat permintaan, kemajuan ilmu dan teknologi, perubahan pola penyakit, perubahan pola pelayanan kesehatan, perubahan pola hubungan dokter dengan pasien, mekanisme pengendalian biaya yang lemah, dan penyalahgunaan asuransi kesehatan.¹⁵³

Perbaikan sistem pendanaan kesehatan, layanan kesehatan, perbaikan tata kelola layanan kesehatan, disamping penguatan organisasi masyarakat sipil dalam menjangkau komunitas populasi kunci dan mendorong efektifitas perubahan perilaku masyarakat menjadi kunci penting upaya perbaikan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia jangka panjang.

Penguatan sistem kesehatan yang meliputi pelayanan primer, pelayanan rujukan, ketahanan kesehatan, pendanaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan dan teknologi kesehatan melibatkan berbagai macam *stakeholder* seperti, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, Swasta, Masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berperan dalam membuat kebijakan berupa regulasi. Peran Swasta sebagai fasilitator dengan memfasilitasi dan mencukupi apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran. Masyarakat berperan sebagai pelaksana kebijakan dimana di dalamnya termasuk kelompok sasaran.

¹⁵³ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, PPJK, Pembiayaan Kesehatan: Konsep dan Best Practices, 2022. Diakses dari <https://ppjk.kemkes.go.id/libftp/>, pada 12 Juli 2022.

3. Pelindungan hukum bagi masyarakat dan tenaga kesehatan dalam upaya kesehatan dan penanggulangan gangguan kesehatan yaitu kejadian luar biasa/wabah.

Pelindungan hukum diwujudkan dengan kewajiban pemerintah pusat dan pemetintah daerah menyediakan akses menuju penyelenggaraan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia termasuk daerah terpencil, perbatasan kepulauan, serta daerah yang tidak diminati swasta, yang melibatkan masyarakat atau swasta dengan jangkuan pada masyarakat miskin dan masyarakat rentan dengan pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjut serta pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia beserta sarana dan prasarananya.

4. Pengaturan mengenai penanggulangan yang lebih komprehensif, mulai dari kewaspadaan wabah, saat wabah, dan pasca wabah. Kriteria dan penetapan daerah wabah yang jelas. Uraian tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah yang lebih jelas dalam penanggulangan wabah. Ketentuan pidana yang telah sesuai dengan perkembangan hukum pidana saat ini. Simplifikasi pengaturan penanggulangan wabah, yang semula diatur dalam 2 undang-undang, menjadi satu undang-undang yaitu dalam RUU Kesehatan.
5. Peningkatan efisiensi anggaran, pada pengaturan bidang kesehatan yang semula tersebar di beberapa Undang-Undang berdampak pada kuantitas peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang yang berlebihan yang berujung pada beban Pemerintah yaitu Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN)/Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD), pada proses pembentukan maupun proses implemementasi di lapangan, sehingga terjadi inefisiensi Ketika pengaturan dalam peraturan perundang-undangan dilaksanakan, yang pada kenyataannya tidak memberi dampak manfaat bagi masyarakat luas karena dimungkinkan bertentangan dengan pengaturan yang lebih tinggi, dan terjadi duplikasi.

6. Terkait percepatan pemenuhan rasio tenaga kesehatan melalui peningkatan pengadaan tenaga kesehatan dengan menyederhanakan proses pendidikan tenaga kesehatan, dari segi lembaga pendidikan dan proses pendidikannya.

Percepatan pemenuhan rasio tenaga kesehatan yang diwujudkan melalui penguatan dalam produksi tenaga kesehatan dengan penyediaan dan pendayagunaan lulusan dalam negeri dengan format pendidikan kedokteran spesialisik berupa *university-based* dan *hospital-based*, pemberdayaan tenaga kesehatan warga negara asing dan tenaga kesehatan lulusan luar negeri, dengan mempermudah perizinan mengenai praktik dan adaptasi Tenaga Kesehatan lulusan luar negeri dengan evaluasi kompetensi berdasarkan penilaian portfolio, merupakan suatu kebijakan yang secara positif akan berdampak pada pemenuhan hak kesehatan bangsa Indonesia. Melalui kebijakan ini, rasio Tenaga Kesehatan akan terpenuhi dan meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan.

7. Terkait pemerataan tenaga kesehatan melalui penguatan kewenangan Pemerintah dalam redistribusi tenaga kesehatan.

Melalui penguatan kewenangan Pemerintah Pusat melalui Menteri Kesehatan untuk menentukan jumlah izin praktik dokter sesuai kebutuhan di setiap daerah dalam peraturan menteri Kesehatan, maka hal tersebut akan mendorong pemerataan tenaga Kesehatan sehingga pemenuhan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan Kesehatan akan terpenuhi.

Kebijakan ini akan mampu mewujudkan pemerataan distribusi tenaga Kesehatan, di mana kondisi saat ini masih terdapat daerah yang tidak terdapat Tenaga Kesehatan akan dapat dibenahi. Sejalan dengan uraian dalam angka 3, hal ini akan mewujudkan pemenuhan hak masyarakat terhadap pelayanan Kesehatan sehingga derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat diwujudkan.

8. Terkait percepatan pengadaan tenaga kesehatan dengan memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi bidang kesehatan, lulusan pendidikan tinggi bidang kesehatan dan kemudahan pembukaan program studi profesi dan spesialis bagi tenaga kesehatan yang diselenggarakan institusi penyelenggara Pendidikan Kesehatan selain perguruan tinggi.

Kebijakan ini akan berdampak positif bagi pemenuhan kebutuhan dokter dan dokter gigi spesialis, di mana akan berdampak pada terpenuhinya hak atas kebutuhan pelayanan spesialistik. Masyarakat merupakan pihak yang paling mendapatkan manfaat dari kebijakan ini. Selain itu, tentunya rumah sakit sebagai wahana Pendidikan tenaga Kesehatan, termasuk di dalamnya bagi calon dokter dan dokter gigi spesialis, merupakan pihak yang mendapatkan manfaat dalam konteks penguatan sistem pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*).

Pada aspek keuangan negara, hal tersebut akan memberikan dampak positif karena terdapat alternatif sistem pendidikan dokter spesialis dibandingkan dengan program yang selama ini diterapkan, di mana akan memberikan efektivitas dan efisiensi Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang disalurkan Pemerintah dalam rangka mencetak dokter dan doktergigi spesialis. Dalam sistem pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*), pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi akan mempunyai kendali penuh untuk memastikan program tersebut berjalan secara efektif dan efisien dalam rangka mencetak dokter dan dokter gigi spesialis.

BAB III

EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

A. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (UU Wabah) dibentuk untuk menggantikan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1962 tentang Wabah yang kurang dapat memenuhi kebutuhan upaya penanggulangan wabah dan perkembangannya di masa yang akan datang. Pengertian wabah didasarkan atas adanya penularan suatu penyakit dengan cepat, sehingga dalam waktu singkat jumlah penderita menjadi banyak. Sedangkan keadaan pada waktu itu menghendaki agar suatu wabah dapat segera ditetapkan apabila ditemukan suatu penyakit yang menimbulkan wabah, walaupun penyakit tersebut belum menular dan belum menimbulkan malapetaka yang besar dalam masyarakat.

Dalam UU Wabah, Menteri Kesehatan menetapkan jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah. Selain itu, Menteri Kesehatan juga menetapkan daerah tertentu dalam wilayah Indonesia yang terjangkau wabah sebagai daerah wabah. Pada saat terjadi wabah, dilakukan upaya penanggulangan yaitu penyelidikan epidemiologis; pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina; pencegahan dan pengebalan; pemusnahan penyebab penyakit; penanganan jenazah akibat wabah; penyuluhan kepada masyarakat; dan upaya penanggulangan lainnya. Pemerintah bertanggung jawab untuk melaksanakan upaya penanggulangan wabah tersebut.

UU Wabah juga mengatur mengenai ganti rugi kepada mereka yang mengalami kerugian harta benda yang diakibatkan oleh upaya penanggulangan wabah. Selain itu, kepada para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah, dapat diberikan

penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya. Dalam UU Wabah juga diatur mengenai ketentuan pidana bagi setiap orang yang melanggar ketentuan yang diatur dalam UU Wabah tersebut.

Untuk melaksanakan Wabah tersebut, telah ditetapkan PP Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular. PP Nomor 40 Tahun 1991 tersebut berisi substansi yang lebih teknis mengenai penanggulangan wabah, yakni sebagai berikut:

- a. Tata cara penetapan dan pencabutan penetapan daerah wabah;
- b. Upaya penanggulangan wabah;
- c. Peran serta masyarakat;
- d. Pengelolaan bahan-bahan yang mengandung penyebab penyakit;
- e. Ganti rugi dan penghargaan;
- f. Pembiayaan penanggulangan wabah; dan
- g. Pelaporan.

Selain itu telah ditetapkan Permenkes Nomor 1501/Menkes/Per/X/2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan, yang mengatur secara lebih teknis penanggulangan kejadian luar biasa dan wabah.

Dalam penetapan wabah terdapat gradasi kejadian yang dilihat dari dampak yang ditimbulkan, sehingga dikenal istilah Kejadian Luar Biasa (KLB). KLB didefinisikan sebagai kejadian yang dapat menjurus pada terjadinya wabah, dengan beberapa kriteria yang ditetapkan. Sedangkan wabah ditetapkan dalam hal situasi KLB berkembang atau meningkat dan berpotensi menimbulkan malapetaka. Berdasarkan hal ini dapat dimaknai penetapan wabah dilakukan dalam hal kondisi kejadian kesakitan dan/atau kematian yang lebih tinggi dari saat terjadinya KLB.

Berdasarkan uraian tersebut, UU Wabah hanya mengatur penanggulangan saat terjadi wabah. UU tersebut belum mengatur mengenai penanggulangan sebelum terjadi wabah dan pascawabah. UU

Wabah juga belum mengatur kriteria terkait penetapan dan pencabutan status wabah di suatu daerah, serta uraian tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam penanggulangan wabah. Selanjutnya, ketentuan pidana dalam UU Wabah belum disesuaikan dengan perkembangan hukum pidana saat ini.

B. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), Sistem Jaminan Sosial Nasional (*National Social Security System*) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.¹⁵⁴ Sistem Jaminan Sosial Nasional (*national social security system*) merupakan sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia. Jaminan sosial diperlukan apabila terjadi hal-hal yang tidak dikehendaki yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan seseorang, baik karena memasuki usia lanjut atau pensiun, maupun karena gangguan kesehatan, cacat, kehilangan pekerjaan dan lain sebagainya.

Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional didasarkan pada prinsip: kegotong-royongan; nirlaba; keterbukaan; kehati-hatian; akuntabilitas; portabilitas; kepesertaan bersifat wajib; dana amanat; dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

¹⁵⁴ Pasal 2 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

UU tentang SJSN telah beberapa kali diajukan pengujian ke Mahkamah Konstitusi. Berdasarkan Putusan MK No. 007/PUU-III/2005, MK menyatakan Pasal 5 ayat (2), (3), dan (4) UU tentang SJSN bertentangan dengan UUD NRI Tahun 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat. Pasal 5 UU tentang SJSN mengatur sebagai berikut.

- (1) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan Undang-Undang.
- (2) Sejak berlakunya Undang-Undang ini, badan penyelenggara jaminan sosial yang ada dinyatakan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menurut Undang-Undang ini.
- (3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - 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); dan
 - d. Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (ASKES).
- (4) Dalam hal diperlukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial selain dimaksud pada ayat (3), dapat dibentuk yang baru dengan Undang-Undang.

Mahkamah Konstitusi mengemukakan bahwa terdapat rumusan yang saling bertentangan serta berpeluang menimbulkan ketidakpastian hukum (*rechtsonzekerheid*), seperti ketentuan Pasal 5 ayat (1) dengan Pasal 5 ayat (3) UU tentang SJSN. Dalam Pasal 5 ayat (1) dinyatakan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial harus dibentuk dengan undang-undang, sementara dalam Pasal 5 ayat (3) dikatakan bahwa Persero JAMSOSTEK, Persero TASPEN, Persero ASABRI, dan Persero ASKES adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1), padahal tidak semua badan-badan tersebut

dibentuk dengan undang-undang. Seandainya pembentuk undang-undang bermaksud menyatakan bahwa selama belum terbentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1), badan-badan sebagaimana disebutkan pada ayat (3) di atas diberi hak untuk bertindak sebagai badan penyelenggara jaminan sosial, maka hal itu sudah cukup tertampung dalam Ketentuan Peralihan pada Pasal 52 UU tentang SJSN. Jadi menurut Mahkamah Konstitusi, materi Pasal 5 ayat (3) UU tentang SJSN telah tertampung dalam Pasal 52 UU tentang SJSN yang apabila dipertahankan keberadaannya akan menimbulkan multitafsir dan ketidakpastian hukum.

Adapun Pasal 5 ayat (2) UU tentang SJSN, walaupun tidak dimohonkan dalam petitum pemohon, namun Mahkamah Konstitusi menyatakan bahwa Pasal 5 ayat (2) UU tentang SJSN ini merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dari ayat (3) sehingga jika ayat (2) dipertahankan juga akan menimbulkan multitafsir dan ketidakpastian hukum sebagaimana Pasal 5 ayat (3).

Berkaitan dengan Pasal 5 ayat (4) UU tentang SJSN, menurut Mahkamah Konstitusi, keberadaan Pasal 5 ayat (4) yang dikaitkan dengan Pasal 5 ayat (1) UU tentang SJSN menyebabkan Pemerintahan Daerah tidak memungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah. Padahal, Pemerintahan Daerah justru diwajibkan untuk mengembangkan sistem jaminan sosial. Dengan demikian, Pasal 5 ayat (4) UU tentang SJSN menurut Mahkamah Konstitusi, menutup peluang bagi Pemerintahan Daerah untuk membentuk dan mengembangkan badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah dalam kerangka sistem jaminan sosial nasional.

Adapun Pasal 5 ayat (1) UU tentang SJSN, berdasarkan pertimbangan Mahkamah Konstitusi, ketentuan tersebut tidak bertentangan dengan UUD 1945 asalkan harus ditafsirkan bahwa ketentuan tersebut dimaksudkan untuk pembentukan badan penyelenggara tingkat nasional yang berada di pusat, sedangkan untuk pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial tingkat daerah dapat dibentuk dengan peraturan daerah dengan memenuhi ketentuan tentang

sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diatur dalam UU tentang SJSN.

Pasal lain dari UU tentang SJSN yang diajukan ke Mahkamah Konstitusi yaitu Pasal 13 ayat (1) yang berbunyi “Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti.” Berdasarkan Putusan MK Nomor 51/PUU-IX/2011, Pasal 13 ayat (1) UU tentang SJSN tersebut dinyatakan bertentangan dengan UUD NRI 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat jika dimaknai meniadakan hak pekerja untuk mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan perusahaan apabila perusahaan telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada penyelenggara jaminan sosial. Dengan demikian, perlu penyesuaian ketentuan Pasal 13 ayat (1) UU tentang SJSN menjadi sebagai berikut “Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti dan pekerja berhak untuk mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan pemberi kerja apabila pemberi kerja telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.”

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) adalah dewan yang dibentuk berdasarkan amanat Undang-Undang SJSN untuk perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN yang memiliki kewenangan melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial, dengan bertanggung jawab kepada Presiden dengan masa jabatan 5 tahun. Tugas DJSN, yaitu: melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial; mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional; dan mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah. DJSN terdiri atas 15 orang, yang terdiri dari unsur Pemerintah, tokoh dan/atau ahli yang memahami bidang jaminan sosial, organisasi pemberi kerja, dan

organisasi pekerja. DJSN dipimpin oleh seorang Ketua merangkap anggota yang berasal dari unsur pemerintah dan anggota lainnya diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. DJSN dibantu oleh Sekretariat Dewan yang dipimpin oleh seorang sekretaris yang diangkat dan diberhentikan oleh Ketua DJSN.

Berkaitan dengan kepesertaan dan iuran sistem jaminan sosial nasional, pemberi kerja secara wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada BPJS, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti. Pemerintah Pusat juga mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada BPJS yaitu fakir miskin dan orang tidak mampu.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan nomor identitas tunggal kepada setiap peserta dan anggota keluarganya. Setiap peserta berhak memperoleh manfaat dan informasi tentang pelaksanaan program jaminan sosial yang diikuti, dengan kewajiban membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu. Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada BPJS secara berkala. Besarnya iuran ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak. Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah untuk program jaminan kesehatan.

Jenis Program Jaminan Sosial, meliputi jaminan kesehatan; jaminan kecelakaan kerja; jaminan hari tua; jaminan pensiun; dan jaminan kematian. Dana Jaminan Sosial wajib dikelola dan dikembangkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara optimal dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai, dengan tata cara pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial. Pemerintah dapat melakukan tindakan-tindakan khusus guna menjamin

terpeliharanya tingkat kesehatan keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengelola pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku. Subsidi silang antarprogram dengan membayarkan manfaat suatu program dari dana program lain tidak diperkenankan. Peserta berhak setiap saat memperoleh informasi tentang akumulasi iuran dan hasil pengembangannya serta manfaat dari jenis program jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan informasi akumulasi iuran berikut hasil pengembangannya kepada setiap peserta jaminan hari tua sekurang-kurangnya sekali dalam satu tahun.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktek aktuaria yang lazim dan berlaku umum. Pengawasan terhadap pengelolaan keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dilakukan oleh instansi yang berwenang sesuai dengan peraturan perundangan-undangan.

Berdasarkan uraian di atas, ketentuan dalam UU SJSN perlu disesuaikan dengan Putusan MK. Selain itu, manfaat peserta yang mengalami kekerasan atau kecelakaan tunggal lalu lintas belum diatur dalam Undang-Undang SJSN, sehingga diperlukan penyesuaian terkait kebutuhan layanan medis sebagai pengobatan yang menjadi hak peserta memperoleh manfaat yang disesuaikan dengan kebutuhan medis.

C. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Kesehatan adalah hak asasi manusia sebagai perwujudan cita-cita bangsa Indonesia yang diatur berdasarkan Pancasila dan UUD NRI Tahun 1945. Dalam praktiknya, pelaksanaan kesehatan dengan upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan dalam pembentukan sumber daya manusia dengan ketahanan yang berdaya saing dalam pembangunan nasional. Dalam Pasal 3, dinyatakan bahwa "*pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran,*

kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. "

Dalam pembangunan kesehatan diselenggarakan segala bentuk upaya kesehatan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya tersebut. Upaya kesehatan merupakan setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Undang-Undang tentang Kesehatan mengatur bahwa pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma sosial budaya. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Undang-Undang ini mengatur bahwa setiap orang berhak yang sama atas kesehatan dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan; memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau dan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. Bagi setiap orang, berhak mendapatkan lingkungan yang sehat dalam pencapaian derajat kesehatan, dan juga memperoleh informasi dan edukasi terkait kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab serta informasi terkait data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Dalam kewajiban, setiap orang wajib ikut mewujudkan dan mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan pelaksanaan yang mencakup upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat dan pembangunan berwawasan kesehatan, dengan menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat, baik fisik, biologi maupun sosial; berperilaku hidup sehat dan meningkatkan derajat kesehatan bagi orang lain serta turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Pemerintah Pusat bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat, yang dikhususkan pada pelayanan publik. Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan dan serta pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.

Adapun Sumber Daya di Bidang Kesehatan, yang meliputi tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, perbekalan kesehatan, teknologi dan produk teknologi. Dalam perwujudan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dengan penyelenggaraan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang diselenggarakan dengan pendekatan promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu menyeluruh dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan (pemberian pelayanan, perlindungan pasien), pelayanan kesehatan tradisional, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, kesehatan

reproduksi, keluarga berencana, kesehatan sekolah, kesehatan olahraga, pelayanan kesehatan pada bencana, pelayanan darah, kesehatan gigi dan mulut, Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Gangguan Pendengaran, Kesehatan Matra, Pengamanan dan Penggunaan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan, Pengamanan Makanan dan Minuman, Pengamanan Zat Adiktif, Bedah Mayat,

Undang-Undang tentang Kesehatan juga mengatur mengenai Kesehatan Ibu, Bayi, Anak, Remaja, Lanjut Usia, Dan Penyandang Cacat yang meliputi Kesehatan ibu, bayi, dan anak; Kesehatan Remaja; Kesehatan Lanjut Usia dan Penyandang Cacat, Upaya perbaikan gizi masyarakat bertujuan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan masyarakat melalui perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang; perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan; peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi. Peningkatan status gizi, pemerintah bertanggung jawab meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi dan pengaruhnya.

Selain itu, dalam Undang-Undang tentang Kesehatan diatur juga mengenai Kesehatan Jiwa yang merupakan upaya yang ditujukan dalam menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa yang terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial, Pelaksanaan kesehatan jiwa bertanggung jawab bersama dengan pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat untuk menciptakan kondisi kesehatan jiwa yang setinggi-tingginya dan menjamin ketersediaan, aksesibilitas, mutu dan pemerataan upaya kesehatan jiwa.

Selain itu terdapat pengaturan mengenai Penyakit Menular dan Tidak Menular menjadi upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat dan/atau

meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular melalui lintas sektor, dan juga upaya ats penyakit tidak menular yang menimbulkan akibat yang ditimbulkan dengan upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat.

Kesehatan Lingkungan juga merupakan bagian yang diatur dalam UU Kesehayan yang ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan, dengan jaminan pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat atas ketersediaan lingkungan yang sehat dan tidak mempunyai risiko buruk bagi kesehatan yang meliputi lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum dari gangguan kesehatan seperti: limbah cair; limbah padat; limbah gas; sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan pemerintah; binatang pembawa penyakit; zat kimia yang berbahaya; kebisingan yang melebihi ambang batas; radiasi sinar pengion dan non pengion; air yang tercemar; udara yang tercemar; dan makanan yang terkontaminasi.

Selain itu diatur juga mengenai Kesehatan Kerja, sebagai upaya ditujukan melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang timbul akibat pekerjaan dengan mencakup pada pekerja di sektor formal dan informal. Pengelolaan Kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan/ atau masyarakat melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pendanaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya

Hal penting lainnya yang diatur dalam UU Kesehatan yaitu mengenai Informasi Kesehatan yang dipergunakan sebagai penyelenggaraan upaya kesehatan yang efektif dan efisien melalui

sistem informasi dan melalui lintas sektor. Pendanaan Kesehatan, bertujuan untuk penyediaan pendanaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, dengan unsur-unsur yang terdiri atas sumber pendanaan, alokasi dan pemanfaatan. Peran Serta Masyarakat baik secara perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya yang mencakup keikutsertaan secara aktif dan kreatif.

Badan Pertimbangan Kesehatan adalah badan independen yang memiliki tugas fungsi dan wewenang di bidang kesehatan dengan kedudukan berada di pusat dan daerah di ibu kota negara dan di provinsi dan kabupaten/kota. Peran, tugas, dan wewenang, antara lain menginventarisasi masalah melalui penelaahan terhadap berbagai informasi dan data yang relevan atau berpengaruh terhadap proses pembangunan kesehatan; memberikan masukan kepada pemerintah tentang sasaran pembangunan kesehatan selama kurun waktu 5 (lima) tahun; menyusun strategi pencapaian dan prioritas kegiatan pembangunan kesehatan; memberikan masukan kepada pemerintah dalam pengidentifikasi dan penggerakan sumber daya untuk pembangunan kesehatan; melakukan advokasi tentang alokasi dan penggunaan dana dari semua sumber agar pemanfaatannya efektif, efisien, dan sesuai dengan strategi yang ditetapkan; memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pembangunan kesehatan; dan merumuskan dan mengusulkan tindakan korektif yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan yang menyimpang.

Pembinaan dan Pengawasan, diupayakan oleh Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah terhadap masyarakat dan setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan sumber daya kesehatan di bidang kesehatan dan upaya kesehatan. Pembinaan diarahkan melalui

komunikasi informasi edukadi dan pemberdayaan masyarakat, pemndayagunaan tenaga kesehatan, dan pendanaan. Dalam hal pengawasan, setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Menteri dengan memberikan isi terhadap penyelenggaraanya upaya kesehatan dengan mengikutsertakan masyarakat.

Penyidikan dilaksanakan oleh penyidik polisi negara dan pejabat PNS tertentu di lingkungan pemerintahan yang menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan juga diberi kewenangan khusus sebagai penyidik sesuai dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana (KUHAP) untuk melaksanakan penyidikan tindak pidana di bidang kesehatan.

Berdasarkan uraian tersebut, UU Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan telah mengatur berbagai hal di bidang kesehatan. Namun berdasarkan perkembangan kesehatan secara global perlu disesuaikan dengan kondisi empiris dan kebutuhan hukum di masyarakat. Berdasarkan hal tersebut perlu dipertimbangkan pengaturan beberapa materi baru yang mengikuti perkembangan teknologi di bidang kesehatan, dan berbagai upaya kesehatan sesuai perkembangan di masyarakat.

D. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya yang tertuang dalam UUD NRI Tahun 1945 diwujudkan dalam pembangunan nasional dengan penjaminan atas hak kesehatan memperoleh pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang diselenggarakan institusi pelayanan kesehatan yaitu Rumah Sakit. Peningkatan derajat kesehatan dengan pemberian pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat dengan mengedepankan mutu pelayanan yang terjangkau.

Penyelenggaraan Rumah Sakit dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (UU tentang Rumah Sakit)

berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial, yang bertujuan Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit; meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dengan fungsi: penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis; penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah, untuk menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat; menjamin pendanaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundangundangan; membina dan mengawasi penyelenggaraan Rumah Sakit; memberikan perlindungan kepada Rumah Sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab; memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang

dibutuhkan masyarakat; menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat; menjamin pendanaan pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa; menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

Persyaratan atas Rumah Sakit harus dipenuhi dengan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian dan alat kesehatan, yang didirikan oleh pemerintah, pemerintah daerah dengan bentuk unit pelaksana teknis di bidang kesehatan, instansi tertentu, atau Lembaga teknis daerah dengan pengelolaan Badan Layanan Umum dan Badan Layanan Umum Daerah atau swasta yang harus berbentuk badan hukum dengan kegiatan usaha hanya bergerak di bidang perumahsakit.

Rumah sakit digolongkan dalam jenis dan klasifikasinya. Rumah Sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaan. Berdasarkan jenis pelayanan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit dan Rumah Sakit Khusus yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lain. Sedangkan, berdasarkan pengelolaan Rumah Sakit dibagi atas Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat. Rumah sakit dapat ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan dengan pemenuhan persyaratan dan standar rumah sakit Pendidikan atas koordinasi dengan Menteri yang membidangi urusan Pendidikan, yang menyelenggarakan Pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang Pendidikan profesi kedokteran, Pendidikan kedokteran berkelanjutan dan Pendidikan tenaga kesehatan lainnya serta dimungkinkan membentuk jejaring Rumah Sakit Pendidikan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan

Rumah Sakit, dengan klasifikasi pada Rumah Sakit Umum, terdiri atas Rumah Sakit Umum Kelas A, B, C, dan D, sedangkan pada Rumah Sakit khusus yaitu Kelas A, B dan C. Penyelenggaraan Rumah Sakit wajib memiliki izin yang terdiri atas izin pendirian yang diberikan untuk jangka waktu 2 tahun dengan perpanjangan untuk 1 tahun dan izin operasional untuk jangka waktu 5 tahun yang diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

Kewajiban Rumah Sakit meliputi atas: memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat; memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit; memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya; berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya; menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin; melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan; membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien; menyelenggarakan rekam medis; menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia; melaksanakan sistem rujukan; menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan; memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien; menghormati dan melindungi hak-hak pasien; melaksanakan etika Rumah Sakit; memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional; membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga

kesehatan lainnya; menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws); melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Adapun hak Rumah Sakit, yaitu: menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit; menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan; menerima bantuan dari pihak lain; menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian; mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan; mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit; dan mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

Bagi pasien, kewajiban terhadap Rumah Sakit atas pelayanan yang diterimanya dengan ketentuan lebih lanjut, sedangkan hak pasien memperoleh informasi terkait aturan Rumah Sakit, hak dan kewajiban, layanan yang manusiawi adil jujur dan tanpa pembeda yaitu layanan kesehatan yang bermutu dengan standar profesi dan standar prosedur operasional secara efektif dan efisien tanpa merugikan pasien secara fisik dan materi.

Penyelenggaraan Rumah Sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien dan akuntabel yang paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal serta administrasi umum dan keuangan. Dalam penyelenggaraan Rumah Sakit harus memiliki tata Kelola Rumah Sakit dan tata Kelola klinik. Dalam peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit, wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali yang dilakukan oleh lembaga independen yang dapat berasal dari dalam maupun luar negeri dengan penilaian berdasarkan standar akreditasi

yang berlaku. Pemerintah dan asosiasi Rumah Sakit membentuk jejaring dalam peningkatan pelayanan kesehatan yang mencakup pada informasi, sarana prasarana, pelayanan, rujukan, penyediaan alat, dan Pendidikan tenaga. Rujukan sebagai sistem dalam penyelenggaraan kesehatan yang mengatur atas pelimpahan tugas dan tanggung jawab secara timbal balik secara vertikal dan horizontal ataupun struktural dan fungsional atas kasus penyakit atau masalah kesehatan. Keselamatan pasien menjadi kewajiban Rumah Sakit untuk menerapkan berdasarkan standar yang dilakukan berdasarkan pelaporan kasus, analisis dan penetapan pemecahan masalah sebagai cara penurunan angka kejadian yang tidak diharapkan, yang dilaporkan kepada komite yang membidangi keselamatan pasien. Perlindungan dan tanggung jawab hukum oleh Rumah Sakit dilakukan atas semua kerugian yang dapat ditimbulkan atas kelalaian tenaga kesehatan di Rumah Sakit.

Pendanaan atas Rumah Sakit bersumber dari penerimaan Rumah Sakit, pemerintah daerah, subsidi pemerintah daerah atau sumber lain yang tidak mengikat. Pencatatan dan Pelaporan wajib dilaksanakan oleh Rumah Sakit atas semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit atas wabah atau penyakit tertentu yang dapat menimbulkan wabah dan pasien penderita ketergantungan narkotika dan/atau psikotropika.

Pembinaan dan Pengawasan dilaksanakan Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah atas Rumah Sakit yang melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakit, dan organisasi kemasyarakatan lain dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat; peningkatan mutu pelayanan kesehatan; keselamatan pasien; pengembangan jangkauan pelayanan; dan peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit.

E. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang melekat pada setiap orang dari lahir dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus

diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan UUD NRI Tahun 1945. Kesehatan sebagaimana yang tertuang dalam Pasal 1 ayat 1 Undang Undang No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan merupakan “Keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis”¹⁵⁵.

Atas dasar konsepsi kesehatan di atas, maka dapat dimaknai bahwa kesehatan tidak hanya menitikberatkan pada aspek fisik saja akan tetapi sebagai suatu kesatuan yang utuh yang menggambarkan kualitas hidup seseorang yang terkandung didalamnya kesejahteraan dan produktifitas secara social dan ekonomi ekonomi. Lebih lanjut konsepsi kesehatan tersebut menempatkan mental atau jiwa seseorang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dan mempunyai kedudukan yang penting di dalam pemahaman kesehatan, sehingga tidak mungkin kita berbicara tentang kesehatan tanpa melibatkan kesehatan jiwa.

Dalam Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (UU tentang Kesehatan Jiwa), upaya kesehatan didefinisikan setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Sedangkan perkembangannya upaya Kesehatan tidak dapat didefinisikan menjadi satu kegiatan saja tetapi bisa menjadi suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan setiap orang untuk mendapatkan Kesehatan dalam dirinya maka dalam mendefinisikan upaya Kesehatan jiwa perlu disinkronkan dengan pengertian upaya kesehatan dalam UU tentang Kesehatan (Pasal 1 angka 11) ini yaitu menjadi Upaya Kesehatan Jiwa adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan

¹⁵⁵ Departemen FK. KMK Nomor 406 Tentang Kesehatan Jiwa Komunitas. 2009

pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat”.

Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa, upaya kesehatan jiwa dibangun pemerintah dalam sistem pelayanan yang berjenjang dan komprehensif yang terdiri atas pelayanan kesehatan jiwa dasar yang penyelenggaraannya terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum di puskesmas dan jejaring, klinik pratama, praktik dokter dengan kompetensi kesehatan jiwa, rumah perawatan serta fasilitas di luar sektor kesehatan dan fasilitas rehabilitasi berbasis masyarakat dan pelayanan kesehatan jiwa rujukan yang terdiri atas pelayanan di Rumah Sakit Jiwa, dan yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum di Rumah Sakit, klinik utama, dan praktik dokter spesialis kedokteran jiwa.

Sumber Daya dalam Upaya Kesehatan Jiwa terdiri atas sumber daya manusia di bidang Kesehatan Jiwa; fasilitas pelayanan di bidang Kesehatan Jiwa; perbekalan Kesehatan Jiwa; teknologi dan produk teknologi Kesehatan Jiwa; dan pendanaan jiwa. Hak dan Kewajiban diberikan kepada Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Tugas, Tanggung jawab dan wewenang dimiliki Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah yang bertugas dan bertanggung jawab mengadakan komunikasi, informasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa kepada masyarakat secara terpadu dengan berkoordinasi dengan pemangku kepentingan dan melibatkan peran serta masyarakat

Partisipasi masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa dapat dilakukan secara perseorangan dan/atau berkelompok dengan cara memberi bantuan tenaga, dana, fasilitas serta sarana dan prasarana, baik dengan pelaporan adanya ODGJ yang membutuhkan pertolongan, Tindakan kekerasan yang dilakukan ODGJ, pemberian pelatihan khusus bagi ODGJ, Sosialisasi keluarga dalam penyembuhan ODGJ dan pengawasan fasilitas pelayanan.

Berdasarkan pengaturan dalam UU tentang Kesehatan Jiwa, upaya kesehatan jiwa yang berpraktik mengalami dimanika, yaitu: Pertama, Upaya Preventif dan Kuratif, berkaitan dengan kesehatan jiwa di Indonesia, menurut Riset Kesehatan Dasar 2007 menyebutkan, prevalensi gangguan mental emosional berupa depresi dan cemas pada masyarakat berumur di atas 15 tahun mencapai 11,6 persen. Jika jumlah penduduk pada kelompok umur tersebut tahun 2010 ada 169 juta jiwa, jumlah penderita gangguan jiwa (selanjutnya disebut Orang Dengan Gangguan Jiwa/ODGJ) 19,6 juta orang¹⁵⁶. Jumlah ini cukup berimbang dan ODGJ lebih banyak dialami mereka yang berpendidikan rendah, yaitu yang tidak tamat sekolah dasar. Keadaan ini menunjukkan bahwa masyarakat hidup dalam kondisi emosi dan kondisi kejiwaan bermasalah. Penyebab depresi dan cemas yang dialami masyarakat sangat kompleks, mulai dari persoalan sosial ekonomi hingga kebijakan pemerintah yang menekan rakyat. Tekanan yang ada dalam masyarakat itu di antaranya berupa sulitnya mencari penghasilan memadai, kehidupan kota yang kian sumpek akibat terbatasnya ruang publik, perubahan drastis nilai-nilai kehidupan di pedesaan, atau masuknya nilai-nilai baru yang mempengaruhi keluarga sehingga perlu adanya perubahan dalam melakukan upaya preventif dalam Pasal 10 yang disesuaikan dengan Pasal 1 angka 4 dan Pasal 6 UU No 18 Tahun 2014 yaitu menjadi Upaya preventif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b merupakan suatu kegiatan dan/atau rangkaian kegiatan penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Jiwa yang bersifat pencegahan terjadinya masalah kejiwaan dan gangguan jiwa. Upaya kuratif dalam Pasal 17 disesuaikan dengan Pasal 1 angka 4 dan Pasal Upaya kuratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c merupakan kegiatan dan/atau rangkaian penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Jiwa terhadap ODGJ yang mencakup proses diagnosis dan

¹⁵⁶ Diakses dari <https://www.Intelresos.kemensos.go.id> pada 12 Juli 2022.

penatalaksanaan yang tepat sehingga ODGJ dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat.

Kedua, penatalaksanaan kondisi kejiwaan ODGJ, dalam Pasal 21 tentang penatalaksanaan kondisi kejiwaan ODGJ yang dilakukan secara rawat inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) huruf b dilakukan atas hasil pemeriksaan psikiatrik oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dan/atau dokter yang berwenang dengan persetujuan tindakan medis secara tertulis. diubah dengan alasan Persetujuan tindakan medis seharusnya tidak diberikan oleh ODGJ mengingat definisi ODGJ sebagaimana pasal 1 yang dianggap tidak cakap dalam memberikan persetujuan tertulis. Seharusnya diberikan oleh pengampunya, sehingga ODGJ yang telah dilakukan penyembuhan, berhak menentukan Tindakan medis yang akan dilakukannya dan tata cara Penentuan kecakapan ODGJ untuk mengambil keputusan dalam memberikan persetujuan tindakan medis dan penentuan diagnosis diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.

Ketiga, Pelayanan Kesehatan jiwa, di Indonesia sebagian besar diberikan sebagai layanan berbasis rumah sakit. Pelayanan kesehatan jiwa telah diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan umum di puskesmas dan jejaringnya, klinik pratama, praktisi umum dengan kompetensi untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa, perawatan di rumah dan fasilitas pelayanan di luar bidang kesehatan serta CBR fasilitas. Hingga tahun 1990, pelayanan kesehatan jiwa dilakukan melalui pengenalan spesialis psikiatri ke Puskesmas di beberapa provinsi. Pelayanan rujukan kesehatan jiwa disediakan di rumah sakit jiwa dan pelayanan kesehatan jiwa diintegrasikan ke pelayanan kesehatan rumah sakit umum, klinik pratama dan praktik spesialis kesehatan jiwa. Jadi Pemerintah dalam memberikan fasilitas pelayanan Kesehatan terhadap ODGJ diharapkan dilayani diseluruh fasilitas pelayanan Kesehatan di Indonesia sehingga klinik dapat menyelenggarakan pelayanan medik dasar dan/atau pelayanan medik spesialisistik, sehingga klinik yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan jiwa tidak dibatasi hanya klinik pratama. Dan Fasilitas

pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam menyelenggarakan pelayanan Kesehatan Jiwa harus sesuai dengan standar, yaitu standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional, sehingga meningkatkan akses dan kualitas layanan sekunder dan tersier.

Keempat, ODGJ berhak mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa sesuai dengan standar pelayanan Kesehatan Jiwa mendapatkan jaminan atas ketersediaan obat psikofarmaka sesuai dengan kebutuhannya memberikan persetujuan atas tindakan medis yang dilakukan terhadapnya mendapatkan informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang Kesehatan Jiwa

Kelima, Penyandang Disabilitas memiliki Hak, beberapa haknya yaitu hak untuk bebas dari penyiksaan atau perlakuan kejam, tidak manusiawi, merendahkan martabat manusia, bebas dari eksploitasi, kekerasan dan perlakuan semena-mena, serta memiliki hak untuk mendapatkan penghormatan atas integritas mental dan fisiknya berdasarkan kesamaan dengan oranglain”. Orang yang terpasung mengalami keterbatasan ruang gerak dan sulit mendapat akses informasi, akses Kesehatan dan akses Pendidikan. Sehingga, Pemasungan pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) merupakan pelanggaran hak asasi manusia berat, karena dilakukan pada orang dengan disabilitas yang mengakibatkan tidak mampu mengakses layanan yang dapat mengurangi tingkat disabilitasnya, sehingga Pemerintah Pusat maupun Pemerintah daerah wajib memberikan perlindungan terhadap ODGJ dari setiap tindak pemasungan.

F. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan

Pembentukan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan (UU tentang Keekarantinaan Kesehatan) dilatarbelakangi adanya kemajuan teknologi di berbagai bidang yang

berdampak pada perubahan pola penyakit, dan meningkatnya risiko kesehatan yang diakibatkan oleh radiasi nuklir, pencemaran biologi, kontaminasi kimia, bioterorisme, dan pangan, sehingga menuntut adanya upaya cegah tangkal penyakit dan pengendalian faktor risiko kesehatan yang komprehensif dan terkoordinasi, serta membutuhkan sumber daya, partisipasi masyarakat, dan kerja sama internasional. Selain itu Indonesia berkewajiban untuk melakukan cegah tangkal terhadap terjadinya Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang meresahkan dunia (*Public Health Emergency of International Concern*) sebagaimana diamanatkan dalam regulasi internasional di bidang kesehatan (*International Health Regulations/IHR* tahun 2005).

UU tentang Kekejarantinaan Kesehatan berisikan ketentuan-ketentuan pokok mengenai tanggung jawab Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah, hak dan kewajiban, Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, penyelenggaraan Kekejarantinaan Kesehatan di Pintu Masuk, penyelenggaraan Kekejarantinaan Kesehatan di wilayah, Dokumen Karantina Kesehatan, sumber daya Kekejarantinaan Kesehatan, informasi Kekejarantinaan Kesehatan, pembinaan dan pengawasan, penyidikan, dan ketentuan pidana. Kekejarantinaan kesehatan dilakukan melalui kegiatan pengamatan penyakit dan faktor risiko kesehatan masyarakat terhadap alat angkut, orang, barang, dan/atau lingkungan, serta respons terhadap kedaruratan kesehatan masyarakat dalam bentuk tindakan kekejarantinaan kesehatan. Kekejarantinaan kesehatan diselenggarakan di pintu masuk (pelabuhan, bandar udara, dan pos lintas batas darat negara) dan wilayah. Dalam rangka melakukan tindakan mitigasi faktor risiko di wilayah pada situasi kedaruratan kesehatan masyarakat, dilakukan karantina rumah, karantina wilayah, karantina rumah sakit, atau pembatasan sosial berskala besar.

Berdasarkan uraian di atas timbul permasalahan, yaitu Pertama, dalam Undang-Undang ini tidak diatur secara rinci mengenai pembagian tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam melindungi kesehatan masyarakat melalui penyelenggaraan

kekarantinaan kesehatan. Pengaturan mengenai pembagian tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya tumpang tindih kebijakan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Maka pemerintah pusat perlu diberi kewenangan penuh dalam menetapkan kebijakan dan menyelenggarakan kesehatan di pintu masuk dan di wilayah secara terpadu, sedangkan pemerintah daerah bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat. Pengaturan tersebut bertujuan agar terjadi keselarasan penanganan terhadap kedaruratan kesehatan yang terjadi dalam penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan.

Kedua, terhadap kewenangan tersebut pemerintah pusat dan pemerintah daerah juga perlu memiliki wewenang untuk membentuk satuan tugas khusus yang terdiri atas berbagai unsur lintas sektor sebagai pendukung pelaksanaan kebijakan tersebut. Hal ini diperlukan agar penanganan wabah dapat segera ditindaklanjuti. Berdasarkan wabah Covid-19 yang memiliki transmisi penularan sangat cepat sehingga dalam waktu singkat menjadi kedaruratan kesehatan lingkup nasional maka diperlukan sumber daya yang sangat besar untuk melakukan upaya kesehatan sehingga pembentukan satuan tugas dari berbagai unsur lintas sektor sangat diperlukan. Sinergi dari lintas sektor yang terlibat diharapkan dapat mempercepat dan efektif untuk menyelesaikan kedaruratan kesehatan yang terjadi.

Penggantian frasa Pejabat Karantina Kesehatan menjadi Petugas Karantina Kesehatan, karena kata “Pejabat” lebih cenderung merujuk pada pejabat struktural, sedangkan yang dimaksud dalam undang-undang ini pejabat adalah petugas atau tenaga kesehatan yang diberi kewenangan untuk melakukan tindakan Kekarantinaan Kesehatan

Dalam Pasal 93 Undang-Undang ini mengatur mengenai penerapan sanksi pidana terhadap setiap orang yang tidak mematuhi penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan. Berdasarkan wabah Covid-19 yang telah terjadi maka diperlukan pengaturan penerapan sanksi pidana yang lebih luas. Penerapan sanksi pidana seharusnya tidak

hanya terbatas pada setiap orang yang tidak mematuhi dan/atau menghalang-halangi penyelenggaraan Kekejarantinaan Kesehatan melainkan juga terhadap setiap orang yang menyebabkan meningkatnya penyebaran penyakit dan kejadian risiko kedaruratan masyarakat atau mempersulit upaya penanggulangan.

Dalam konteks penanggulangan wabah, karantina kesehatan adalah bagian dari upaya penanggulangan wabah. Namun wabah dan karantina diatur dalam 2 undang-undang yang berbeda, yaitu UU Nomor 4 Tahun 1984 dan UU nomor 6 Tahun 2018. Perlu dilakukan simplifikasi kedua undang-undang tersebut dengan menggabungkannya, dimana karantina kesehatan merupakan upaya kewaspadaan wabah baik di pintu masuk dan di wilayah, serta sebagai bagian dari upaya penanggulangan wabah.

G. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah program negara dengan tujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagai perwujudannya dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum dengan dasar prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan yang bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya dalam pengembangan program dan untuk kepentingan peserta sebesar-besarnya. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat indonesia yang bertujuan mewujudkan penyelenggaraan pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya.

BPJS dibentuk berdasarkan Undang-Undang yaitu BPJS Kesehatan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan

kematian. BPJS merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden yang berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota Negara Republik Indonesia dan dapat memiliki kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota.

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan sedangkan BPJS Ketenagakerjaan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua. BPJS memiliki tugas untuk melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta; memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja; menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah; mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta; mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial; membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

BPJS wajib menyampaikan 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, dengan bentuk dan isi laporan pengelolaan program diusulkan oleh BPJS setelah berkonsultasi dengan DJSN.

Pengawasan terhadap BPJS dilakukan eksternal, yang dilakukan oleh DJSN dan Lembaga pengawas independent dan internal yang terdiri atas Dewan Pengawas dan satuan pengawas internal. BPJS mengelola asset BPJS dan Aset Dana Jaminan Sosial yang wajib dipisahkan. Aset BPJS bersumber dari: modal awal dari Pemerintah, yang merupakan kekayaan negara yang dipisahkan dan tidak terbagi atas saham; hasil pengalihan aset Badan Usaha Milik Negara yang menyelenggarakan program jaminan sosial; hasil pengembangan aset BPJS; dana operasional yang diambil dari Dana Jaminan Sosial; dan/atau sumber lain yang sah, yang digunakan untuk biaya

operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial; biaya pengadaan barang dan jasa yang digunakan untuk mendukung operasional penyelenggaraan Jaminan Sosial; biaya untuk peningkatan kapasitas pelayanan; dan investasi dalam instrumen investasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. BPJS hanya dapat dibubarkan dengan Undang-Undang, dan BPJS tidak dapat dipailitkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai kepailitan.

Sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Pengejawantahan sistem jaminan nasional tersebut hadir dalam bentuk dibentuknya suatu badan hukum penyelenggara jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS adalah badan hukum bersifat kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. yang harus dibentuk dengan undang-undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Secara teoritis BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk (*ingesteld*) oleh penguasa umum (*open baar gezag*) dalam hal ini oleh pembentuk undang-undang dengan undang-undang. Pembentukan BPJS merupakan amanat delegasi dari ketentuan Pasal 5 ayat (1) dan ketentuan Pasal 52 UU tentang SJSN yang mengamanatkan bahwa harus dibentuknya BPJS dengan undang-undang yang merupakan transformasi keempat Badan Usaha Milik Negara (BUMN) untuk mempercepat terselenggaranya sistem jaminan nasional bagi seluruh rakyat Indonesia.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU tentang BPJS) menentukan bahwa “BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan”. Jaminan kesehatan menurut Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan secara nasional berdasarkan

prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Bahwa dalam melaksanakan fungsinya tersebut BPJS bertugas untuk:

1. Melakukan dan menerima pendaftaran peserta.
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta.
3. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk keperluan peserta.
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program Jaminan Sosial.
6. Memberi manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial.
7. Memberikan informasi terkait penyelenggaraan program

Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan BPJS masih beraneka atau tidak merata seluruh wilayah Indonesia yaitu terdapat beberapa permasalahan yang dirasakan dari pihak Kementerian Kesehatan maupun Dinas Kesehatan yang belum mampu menjaga kualitas fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar mutu. Adanya kesan pembiaran terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak sesuai standar, sehingga BPJS harus memberlakukan pengetatan berupa pemberhentian terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memenuhi standar.

Pelayanan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan memang menjadi bagian yang perlu dicermati. Saat ini masih sering dirasakan bahwa kualitas pelayanan minimum sekalipun masih jauh dari harapan masyarakat. Lebih memprihatinkan lagi, masyarakat hampir sama sekali tidak memahami secara pasti tentang pelayanan yang seharusnya diterima dan sesuai dengan prosedur pelayanan yang baku oleh pemerintah. Akibat dari hal tersebut, masyarakat pun menjadi enggan untuk melakukan pengaduan apabila menerima pelayanan yang buruk, bahkan hampir pasti mereka pasrah menerima layanan seadanya. Praktik semacam ini menciptakan kondisi yang merendahkan posisi tawar dari masyarakat sebagai pengguna jasa

pelayanan dari pemerintah, sehingga memaksa masyarakat mau tidak mau menerima dan menikmati pelayanan yang kurang memadai tanpa protes. Satu hal yang belakangan ini sering dipermasalahkan adalah dalam bidang Pelayanan Umum, terutama dalam hal kualitas atau mutu pelayanan aparatur pemerintah kepada masyarakat.

Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah sebagai penyedia jasa (*service provider*) bagi masyarakat dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Apalagi pada era otonomi daerah, kualitas dari pelayanan aparatur pemerintah akan semakin ditantang untuk optimal dan mampu menjawab tuntutan yang semakin tinggi dari masyarakat, baik dari segi kualitas maupun dari segi kuantitas pelayanan. Tujuan pelayanan publik di era sekarang memiliki urgensi yang sangat penting bagi pemerintah dan masyarakat diantaranya terciptanya pelayanan yang profesional, efektif, efisien, sederhana, transparan, terbuka, tepat waktu, responsif, adaptif, serta terwujudnya suatu pemerintahan yang baik.

Salah satu pelayanan publik dari pemerintah pusat maupun daerah adalah menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengingat kesehatan adalah faktor paling utama dalam kehidupan manusia. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu unsur penunjang penyelenggara pembangunan kesehatan. Bentuk penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut merupakan perwujudan pemenuhan kebutuhan masyarakat atas pelayanan kesehatan dan diselenggarakan dalam bentuk instansi seperti rumah sakit, poliklinik, puskesmas, balai kesehatan, laboratorium, posyandu, dan berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Bahwa hal tersebut bertujuan semata-mata untuk mencapai derajat kesehatan seluruh lapisan masyarakat secara baik dan optimal.

Pelayanan publik yang berkualitas terkhusus dalam hal ini di bidang kesehatan merupakan tolak ukur Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam mewujudkan pembangunan kesehatan di Indonesia. Namun, salah satu tantangan mendesak dalam pembangunan kesehatan dewasa ini adalah

bagaimana memastikan ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan bagi masyarakat. Pembangunan kesehatan pada dasarnya diarahkan untuk mewujudkan tujuan tersebut. Mengingat bahwa tujuan dari pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan secara umum.

Pembentukan UU tentang BPJS merupakan pelaksanaan Pasal 5 ayat (1) UU tentang SJSN dan setelah Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005 guna memberikan kepastian hukum bagi pembentukan BPJS dalam melaksanakan program jaminan sosial di seluruh Indonesia. UU tentang BPJS mengatur antara lain mengenai pembentukan, status, tempat kedudukan, fungsi, tugas, wewenang, hak, kewajiban, pendaftaran peserta, pembayaran iuran, organ BPJS, pertanggungjawaban, pengawasan, aset, pembubaran, penyelesaian sengketa, hubungan dengan lembaga lain, larangan, dan ketentuan pidana.

Berdasarkan Pasal 6 ayat (1) dan Pasal 9 ayat (1) UU tentang BPJS, BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Salah satu tugas BPJS menurut Pasal 10 UU tentang BPJS yaitu membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial. Apabila dikaitkan dengan UU tentang Kesehatan, ketentuan dalam UU tentang BPJS tersebut telah sesuai dengan Pasal 20 UU tentang Kesehatan yang mengatur sebagai berikut.

- (1) Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.
- (2) Pelaksanaan sistem jaminan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan dalam UU tentang BPJS juga sesuai dengan Pasal 170 ayat (3) dan Pasal 173 UU tentang Kesehatan. Pasal 170 ayat (3) UU tentang Kesehatan mengatur bahwa sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain. Adapun Pasal 173 UU tentang Kesehatan mengatur sebagai berikut.

- (1) Alokasi pembiayaan kesehatan yang bersumber dari swasta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (3) dimobilisasi melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial.
- (2) Ketentuan mengenai tata cara penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

UU tentang BPJS telah beberapa kali diajukan pengujian ke Mahkamah Konstitusi. Berdasarkan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-X/2012, Pasal 15 ayat (1) UU tentang BPJS bertentangan dengan Pasal 28H UUD NRI Tahun 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat jika dimaknai meniadakan hak pekerja untuk mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan pemberi kerja apabila pemberi kerja secara nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dengan demikian, Pasal 15 ayat (1) UU tentang BPJS selengkapnya harus dibaca menjadi, “Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti dan pekerja berhak untuk mendaftarkan diri sebagai peserta program jaminan sosial atas tanggungan pemberi kerja apabila pemberi kerja telah nyata-nyata tidak mendaftarkan pekerjanya pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial”. Ketentuan Pasal 15 ayat (1) UU tentang BPJS tersebut sama dengan ketentuan Pasal 13 ayat (1) UU tentang SJSN yang juga dinyatakan bertentangan dengan UUD 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat

dengan konstitusional bersyarat berdasarkan Putusan MK Nomor 51/PUU-IX/2011.

Selain itu terdapat Putusan MK No. 72/PUU-XVII/2019 yang membatalkan Pasal 57 huruf f dan Pasal 65 ayat (2) UU tentang BPJS. Pasal tersebut mengatur pengalihan program tabungan hari tua dan pensiun yang diselenggarakan PT Taspen kepada BPJS Ketenagakerjaan paling lambat 2029. Selanjutnya, terdapat Putusan MK No.6/PUU-XVIII/2020 yang menyatakan bahwa Pasal 57 huruf e dan Pasal 65 ayat (1) UU tentang BPJS bertentangan dengan UUD NRI Tahun 1945 dan tidak memiliki kekuatan hukum mengikat. Ketentuan tersebut memandatkan pengalihan program asuransi dan pensiun yang dikelola PT Asabri kepada BPJS Ketenagakerjaan paling lambat 2029. Salah satu pertimbangan Mahkamah Konstitusi, peleburan atau peralihan persero dalam penyelenggaraan jaminan sosial dari PT Taspen dan PT Asabri ke BPJS Ketenagakerjaan berlawanan atau tidak sejalan dengan pilihan kebijakan pembentuk UU tentang SJSN yang menghendaki konsep banyak lembaga atau lembaga majemuk. Konsep peralihan kelembagaan ke dalam BPJS Ketenagakerjaan menyebabkan hilangnya entitas persero yang mengakibatkan munculnya ketidakpastian hukum dalam transformasi beberapa badan penyelenggara jaminan sosial yang telah ada sebelumnya yang masing-masing mempunyai karakter dan kekhususan yang berbeda-beda. Untuk memenuhi prinsip gotong-royong, pembentuk undang-undang tidak harus menjadikan semua persero penyelenggara jaminan sosial bidang ketenagakerjaan ditransformasi menjadi satu badan.

Berkaitan dengan disharmoni UU tentang BPJS dengan undang-undang lain, sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya di bagian UU tentang SJSN, Pasal 11 huruf d UU tentang BPJS mengatur bahwa BPJS berwenang membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah. Sedangkan Pasal 24 ayat (1) UU tentang SJSN mengatur bahwa besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan

berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Perbedaannya, dalam dalam UU tentang BPJS, kesepakatan dilakukan dengan fasilitas kesehatan, sedangkan dalam UU tentang SJSN, kesepakatan dilakukan dengan asosiasi fasilitas kesehatan.

Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan, ada beberapa pasal dalam UU tentang BPJS yang perlu disesuaikan berdasarkan Putusan MK dan ada ketentuan dalam UU tentang BPJS yang perlu disinkronkan dengan UU SJSN.

H. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (UU tentang Tenaga Kesehatan) dibuat sesuai dengan amanat dalam Pembukaan UUD NRI Tahun 1945 bahwa tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud serajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum.

Ketentuan mengenai perencanaan kebutuhan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu mengenai tenaga kesehatan perlu diatur secara komprehensif.

Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan saat ini sangat diperlukan guna mendukung tercapainya sasaran *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan suksesnya pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Undang-Undang mengatur ketentuan Pengawasan Mutu Tenaga Kesehatan dilakukan untuk memenuhi hak dan kebutuhan kesehatan setiap individu dan masyarakat, untuk pemerataan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada tenaga kesehatan dan masyarakat penerima upaya pelayanan kesehatan.

Di sisi lain, pengawasan idealnya tidak hanya terkait dengan mutu tenaga kesehatan, namun juga dilakukan terhadap kompetensi, kewenangan, distribusi dan pemerataan, sehingga diperlukan penyempurnaan pengaturan melalui rumusan pengawasan dilakukan terhadap tenaga kesehatan secara umum, tidak hanya pengawasan mutu Tenaga Kesehatan semata.

Dalam Undang-Undang Tenaga Kesehatan diatur bahwa setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), sedangkan salah satu persyaratan untuk mendapatkan Surat Tanda Registrasi (STR) yaitu memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi. Sertifikat kompetensi diterbitkan bagi mahasiswa pendidikan vokasi yang lulus uji kompetensi sedangkan sertifikat profesi diterbitkan bagi mahasiswa pendidikan profesi yang lulus uji kompetensi.

Sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (UU tentang Pendidikan Tinggi), Pendidikan Vokasi merupakan pendidikan tinggi program diploma yang menyiapkan mahasiswa untuk pekerjaan dengan keahlian terapan tertentu sampai program sarjana terapan sedangkan pendidikan profesi merupakan Pendidikan Tinggi setelah program sarjana yang menyiapkan mahasiswa dalam pekerjaan yang memerlukan persyaratan keahlian khusus. Lulusan pendidikan vokasi maupun profesi disiapkan untuk pekerjaan dengan keahlian sehingga dapat disimpulkan bahwa untuk menjadi tenaga kesehatan harus memiliki pengetahuan dan keterampilan tidak hanya pengetahuan atau keterampilan saja.

STR diterbitkan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan harus diperbarui setiap 5 (lima) tahun setelahnya. Hal tersebut memberikan beban tersendiri bagi Tenaga Kesehatan mengingat STR dikeluarkan oleh Konsil yang berkedudukan di Jakarta. Kendatipun dalam perkembangannya STR dapat diakses secara daring (*online*), namun pemenuhan persyaratan STR, akses teknologi dan informasi yang belum secara merata dapat dilakukan dengan baik di seluruh wilayah Indonesia masih menjadi persoalan tersendiri bagi Tenaga Kesehatan

terutama di daerah yang belum siap infrastruktur teknologi informasinya.

Dalam Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan diatur tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya yang berarti bahwa setiap tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya tidak hanya untuk jenis tertentu saja.

Dalam kenyataannya, Tenaga Kesehatan terdiri atas kelompok dan jenis yang masing-masing memiliki lingkup tugas yang berbeda-beda, dan dari segi pelayanan yang dilakukan terdapat Tenaga Kesehatan yang melakukan pelayanan langsung (*hands on*) kepada pasien melalui tindakan medis dan tipe tindakan lain yang langsung berhubungan dengan pasien seperti asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan. Perlu dirumuskan norma mengenai keharusan memiliki SIP bagi jenis Tenaga Kesehatan tertentu yang melakukan Tindakan langsung dengan pasien.

Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan mengatur bahwa untuk meningkatkan mutu Praktik Tenaga Kesehatan serta untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada Tenaga Kesehatan dan masyarakat, dibentuk Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, yang terdiri atas konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.

Konsil sebagai Lembaga non-struktural merupakan organisasi yang dijamin independensinya berkaitan dengan pelaksanaan tugas dan fungsinya. Pada saat ini Kolegium pada masing-masing Tenaga Kesehatan merupakan badan yang dibentuk oleh organisasi profesi untuk setiap cabang disiplin ilmu kesehatan yang bertugas mengampu dan meningkatkan mutu pendidikan cabang ilmu tersebut. Organisasi profesi idealnya fokus dan bertindak sebagai organisasi profesi yang berjuang untuk kesejahteraan anggotanya, dan berkaitan dengan sisi pelayanan para profesi Tenaga Kesehatan yang menjadi anggotanya di tengah masyarakat. Di lain pihak, kolegium juga harus fokus dalam pengembangan keilmuan dan pendidikan. Penyatuan kolegium dan

organisasi profesi berpotensi dapat menimbulkan monopoli dan kekuasaan pada suatu badan. Di sisi lain, penyatuan kolegium dengan organisasi profesi membuat ranah keilmuan Tenaga Kesehatan dapat menjadi stagnan dan tidak berkembang, karena hakikat kolegium sebagai pusat riset dan pengembangan keilmuan Tenaga Kesehatan berhimpitan dengan fungsi organisasi profesi yang bersifat lebih praktis. Hal tersebut yang secara logis menjadi dasar pemisahan kolegium dan organisasi profesi, sebagaimana juga secara luas dipraktikkan dan diterapkan di luar negeri, seperti Amerika dan Australia.¹⁵⁷

Kolegium masing-masing Tenaga Kesehatan adalah wadah untuk berhimpun para pendidik, ketua departemen, ketua program studi, dan dapat dibantu oleh ahli pendidikan, dan guru besar untuk masing-masing cabang disiplin ilmu yang mengampu cabang disiplin ilmu tersebut yang diakui Pemerintah Pusat dan bersifat mandiri.

Pada dasarnya sebagaimana tercantum dalam Pasal 11 Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan, Tenaga Medis masuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan. Mengacu pada Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XII/2015, ketentuan mengenai pencantuman tenaga medis sebagai salah satu kelompok tenaga kesehatan telah dibatalkan, sehingga tenaga medis tidak lagi termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan.

Undang-Undang Tenaga Kesehatan mengatur kelompok Tenaga Kefarmasian terdiri atas jenis apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Hal ini menjadi kurang tepat karena dalam tenaga teknis kefarmasian sendiri terdiri atas 3 (tiga) jenis yaitu ahli madya farmasi, sarjana farmasi, dan analis farmasi. Hal tersebut dapat menimbulkan tafsiran bahwa dalam jenis terdapat subjenis.

Klasifikasi Tenaga Kesehatan Tradisional sebagaimana tercantum dalam Pasal 11 ayat 13 Undang-Undang tentang Kesehatan menjadi tenaga kesehatan tradisional jamu, tenaga kesehatan tradisional interkontinental, dan pengobatan tradisional. Hal ini dikarenakan dalam

¹⁵⁷ Lihat <https://www.mkri.id/index.php?page=web.Berita&id=13825>. Diakses 31 Juli 2022.

pengobatan tradisional, ramuan dan keterampilan merupakan metode yang dapat digunakan secara sendiri-sendiri maupun kombinasi. Kedudukan Tenaga Kesehatan Tradisional ini sudah ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/311/2020 tentang Tenaga Kesehatan Interkontinental sebagai Jenis Tenaga Kesehatan Tradisional dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/592/2020 tentang Pengobat Tradisional sebagai Jenis Tenaga Kesehatan Tradisional. Diharapkan, dengan semakin kuatnya payung hukum mengenai Tenaga Kesehatan Tradisional ini menjadikan Tenaga Kesehatan Tradisional semakin terakomodir dan berkembang.

Berdasarkan Pasal 12 menyebutkan bahwa untuk memenuhi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, Menteri dapat menetapkan jenis Tenaga Kesehatan lain dalam setiap kelompok.

Sedangkan dalam penambahan Pasal 2 ditegaskan bahwa perlu dilakukan penegasan bahwa dalam menetapkan jenis baru harus didasarkan pada kajian dengan melihat kebutuhan pelayanan kesehatan dan aspek pendidikan dalam menciptakan jenis Tenaga Kesehatan baru khususnya bagaimana kompetensi minimal untuk menjadi Tenaga Kesehatan dapat terpenuhi.

Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan mengatur Menteri Kesehatan dalam Menyusun perencanaan Tenaga Kesehatan harus memperhatikan faktor jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi Tenaga Kesehatan, penyelenggaraan Upaya Kesehatan, ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, kemampuan pembiayaan, kondisi geografis dan sosial budaya; dan kebutuhan masyarakat. Hal tersebut perlu disempurnakan dengan merumuskan perencanaan dilakukan berdasarkan tipologi penyakit di daerah untuk mendukung distribusi tenaga kesehatan berdasarkan kasus atau penyakit yang secara spesifik terjadi pada daerah yang belum tentu sama. Oleh karena itu, jenis pelayanan serta Sumber Daya Manusia Kesehatan yang terlibat juga perlu dijelaskan secara spesifik.

Dengan demikian maka penyebaran Tenaga Kesehatan dapat tersalurkan sesuai dengan tujuan yang diharapkan dengan memenuhi kebutuhan dalam setiap daerahnya.

Pengaturan mengenai izin pendidikan tinggi lebih lanjut telah diatur dalam Pasal 12 ayat (3) dan ayat (4) Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam mekanisme tersebut untuk pemberian izin tidak lagi dibutuhkan rekomendasi dari Menteri Kesehatan, melainkan akan dibentuk tim dengan keanggotaannya melibatkan Kemendikbudristek dan Kemenkes untuk melakukan penilaian Bersama. Pemisahan kewenangan ini akan memperjelas tugas dan fungsi instansi dalam bidang pendidikan maupun dalam bidang kesehatan.

Dalam hal pelayanan kesehatan primer dan pelayanan rujukan sebagai upaya penguatan tatakelola manajemen, pelayanan esensial, rujukan, dan pelayanan spesialisik sebagaimana dalam Pasal 23 Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan, perlu dilakukan percepatan distribusi tenaga kesehatan melalui penugasan khusus di Puskesmas dan Rumah Sakit sebagai upaya pemenuhan kebutuhan di masyarakat.

Hal yang harus dilakukan adalah menempatkan Tenaga Kesehatan melalui penugasan khusus dilakukan dengan penempatan dokter pascainternship, dokter pascapendidikan, dokter gigi pascapendidikan dokter gigi, dokter spesialis pascapendidikan dokter spesialis, dokter gigi spesialis pasca pendidikan dokter gigi spesialis, residen, pascapendidikan spesialis dengan ikatan dinas, pascapendidikan tenaga kesehatan dengan ikatan dinas dan tenaga kesehatan lainnya.

Pengaturan Wajib Pengabdian menggantikan nomenklatur Wajib Kerja. Ketentuan wajib kerja sebelumnya diatur dalam Pasal 28 ayat (1) Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan dan ditindaklanjuti dengan Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis, namun Peraturan Presiden tersebut telah dilakukan *Judicial Review* oleh Mahkamah Agung, dimana isi putusan membatalkan beberapa pasal yang mengatur kewajiban yang dianggap telah bertentangan dengan Hak Asasi Manusia.

Oleh karena itu, dengan tidak meratanya distribusi tenaga kesehatan termasuk tenaga medis, maka perlu dilakukan penguatan kebijakan agar pemerintah tetap dapat mendorong pemerataan tenaga kesehatan. Sehingga, dalam ketentuan tersebut Ketentuan wajib kerja diubah menjadi wajib pengabdian namun harus diikuti dengan program-program pemberian bantuan pendidikan kepada para mahasiswa dalam rangka penguatan kebijakan tersebut.

Selama ini ketentuan registrasi ulang Tenaga Kesehatan yang mengacu pada Pasal 44 Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan mengharuskan memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi serta dengan membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Registrasi Tenaga Kesehatan adalah pencatatan resmi terhadap Tenaga Kesehatan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi dan telah memiliki kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk menjalankan praktik dan/atau pekerjaan keprofesiannya. Untuk itu selama tidak ada perubahan kualifikasi Kompetensi/profesi dan Tenaga Kesehatan tersebut tidak beralih profesi maka tidak perlu dilakukan registrasi ulang.

Sebagaimana Pasal 350 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (UU tentang Pemda), mengatur bahwa kepala daerah memberikan pelayanan perizinan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, kemudian untuk memberikan pelayanan perizinan tersebut dibentuk Unit Pelayanan Terpadu (UPT) satu pintu. Sehingga sebagaimana Pasal 46 ayat (4) huruf b Undang-Undang tentang Kesehatan, mengenai syarat mendapatkan SIP yang mengharuskan mendapatkan rekomendasi dari Organisasi Profesi masih sejalan dengan ketentuan Undang-Undang tentang Pemda tersebut.

Pada prinsipnya rekomendasi bersifat pertimbangan, sehingga memasukkan rekomendasi Organisasi Profesi sebagai salah satu syarat penerbitan Surat Izin Praktik masih tepat. Keputusan penerbitan Surat Izin Praktik seharusnya tetap berada di Pemerintah Daerah dengan

mempersyaratkan adanya rekomendasi Organisasi Profesi. Selain itu mengingat sifat rekomendasi sebatas pertimbangan, maka pencabutan rekomendasi seharusnya dapat membatalkan SIP yang sudah diterbitkan.

Pada dasarnya Pembinaan terhadap praktik tenaga kesehatan merupakan kewenangan Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah dalam rangka menjamin keselamatan masyarakat dari potensi terjadinya malpraktik. Pembinaan tersebut dilakukan bersama dengan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.

Proses evaluasi kompetensi melalui institusi pendidikan selama ini berjalan lambat dan terjadi antrian untuk masuk ke Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi, sehingga perlu dilakukan kemudahan dan percepatan untuk proses evaluasi kompetensi mengingat masih kurang dan belum meratanya distribusi tenaga kesehatan.

Tenaga Kesehatan yang akan mengikuti evaluasi kompetensi seharusnya dapat dimanfaatkan untuk membantu pemberian pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sehingga proses evaluasi kompetensi sebaiknya diarahkan pada pemberian pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Dalam praktik Tenaga Kesehatan belum diatur mengenai pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi, sehingga perlu adanya pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam praktik Tenaga Kesehatan.

Sebagaimana yang diatur dalam Pasal 78 Undang-Undang tentang Kesehatan sebelumnya diatur bahwa dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam ketentuan ini mengatur proses penyelesaian sengketa di luar pengadilan, namun jika mengacu pada Rancangan Undang-Undang

tentang Kesehatan maka proses penyelesaian sengketa melalui proses mediasi. Sehingga perlu adanya penyesuaian dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran.

Ketentuan mengenai hukum acara dalam proses penyelesaian sengketa di luar pengadilan tersebut, dikenal dengan istilah alternatif penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*), yang mengacu pada Undang-Undang Nomor 30 Tahun 1999 tentang Arbitrase dan Alternatif Penyelesaian Sengketa. Selain itu, pengaturan mengenai alternatif penyelesaian sengketa juga mengacu pada Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016 tentang Mediasi.

Berdasarkan ketentuan Peraturan Mahkamah Agung tersebut, mediasi merupakan cara penyelesaian sengketa melalui proses perundingan untuk memperoleh kesepakatan Para Pihak dengan dibantu oleh mediator. Mediasi yang diatur dalam Peraturan Mahkamah Agung ini mewajibkan proses mediasi pada saat gugatannya telah didaftarkan di Pengadilan dan para pihak telah dipanggil secara patut untuk menghadiri persidangan. Karenanya, Peraturan Mahkamah Agung ini pada pokoknya hanya mengatur mengenai proses mediasi di dalam pengadilan.

Proses mediasi di pengadilan dilakukan dengan bantuan mediator yaitu hakim atau pihak lain yang memiliki sertifikat mediator sebagai pihak netral yang membantu para pihak dalam proses perundingan guna mencari berbagai kemungkinan penyelesaian sengketa tanpa menggunakan cara memutuskan atau memaksakan sebuah penyelesaian.

Proses mediasi di pengadilan sifatnya wajib dimana setiap hakim, mediator, para pihak dan/atau kuasa hukum wajib mengikuti prosedur penyelesaian sengketa melalui mediasi. Dalam ketentuan Pasal 17 ayat (1) Peraturan Mahkamah Agung Nomor 1 Tahun 2016 ini menegaskan bahwa pada hari sidang yang telah ditentukan dan dihadiri oleh para pihak, hakim pemeriksa perkara mewajibkan para pihak untuk menempuh mediasi.

Sejalan dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2009 tentang Kebidanan dijelaskan terkait pelimpahan wewenang bahwa tenaga

kesehatan dapat menerima pelimpahan wewenang untuk melakukan pelayanan kesehatan dengan kewajiban mempertanggungjawabkan kepada pemberi pelimpahan wewenang. Hal ini juga sesuai dengan Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan menegaskan sebagai berikut.:

- a. Atribusi adalah pemberian Kewenangan kepada Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 atau Undang-Undang.
- b. Delegasi adalah pelimpahan Kewenangan dari Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan yang lebih tinggi kepada Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan yang lebih rendah dengan tanggung jawab dan tanggung gugat beralih sepenuhnya kepada penerima delegasi.
- c. Mandat adalah pelimpahan Kewenangan dari Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan yang lebih tinggi kepada Badan dan/atau Pejabat Pemerintahan yang lebih rendah dengan tanggung jawab dan tanggung gugat tetap berada pada pemberi mandat.

Berdasarkan uraian tersebut, UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan telah mengatur berbagai hal di bidang tenaga kesehatan. Namun berdasarkan kondisi empiris, pengaturan tenaga kesehatan perlu dipertimbangkan untuk disesuaikan dengan kebutuhan hukum di masyarakat

I. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Negara Indonesia menganut sistem pemerintahan presidensial dimana presiden bertanggung jawab penuh dalam penyelenggaraan pemerintahan. Hal ini secara tegas dinyatakan dalam UUD NRI Tahun 1945 Pasal 4 yang berbunyi Presiden RI memegang kekuasaan pemerintahan menurut Undang-Undang Dasar 1945. Dalam rangka menjalankan kekuasaan pemerintahan tersebut, Presiden dibantu oleh menteri-menteri negara sebagaimana ditegaskan pula dalam Pasal 17 Undang-Undang Dasar 1945.

Dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara dijabarkan ketentuan sebagaimana dimaksud

dalam Pasal 17 Undang-Undang Dasar 1945 yang membagi seluruh urusan pemerintahan dalam masing-masing bidang, dimana untuk urusan pemerintahan di bidang kesehatan diselenggarakan oleh Menteri Kesehatan, dan urusan pemerintahan di bidang pendidikan diselenggarakan oleh Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi. Dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 juga dinyatakan bahwa dalam rangka menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidangnya, suatu kementerian menyelenggarakan fungsi perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidangnya.

Pemberian wewenang kepada dokter dan dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran pada prinsipnya merupakan wewenang Pemerintah Pusat yang dilaksanakan oleh Menteri Kesehatan.

Pemberian wewenang kepada KKI untuk mengatur hal tersebut tidak sejalan dengan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara yang memberikan kewenangan kepada Menteri untuk mengatur urusan pemerintahan yang menjadi bidangnya.

Lembaga Nonstruktural (LNS) tidak diatur dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara tetapi dalam dinamika penyelenggaraan negara dan pemerintahan terdapat tugas dan fungsi lain yang dinilai harus diselenggarakan, sehingga perlu dibentuk lembaga independen/LNS.

Dalam Pasal 4 ayat (2) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran mengatur bahwa Konsil Kedokteran Indonesia bertanggung jawab kepada Presiden. Hal ini dapat dimaknai bawa KKI merupakan Lembaga independen/LNS yang dibentuk oleh Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (UU tentang Praktik Kedokteran) yang mempunyai fungsi pengaturan, pengesahan, penetapan, serta pembinaan dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan medis.

Namun demikian, independensi tersebut tidak dapat dimaknai tidak tak terbatas dan tidak terkoordinasi, karena fungsi tersebut

dilakukan untuk mempercepat pelaksanaan fungsi negara dan pemerintah, dalam hal ini membantu/menunjang tugas dan fungsi kementerian untuk mewujudkan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Melihat pada kedudukan Konsil Kedokteran Indonesia sebagai Lembaga independen/LNS yang pada dasarnya merupakan *state auxiliary/derivative organ* (lembaga penunjang kekuasaan eksekutif), maka seyogyanya Konsil Kedokteran Indonesia tetap bertanggung jawab kepada Presiden.

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia mengatur bahwa setiap warga negara berhak berserikat, berkumpul dan mengeluarkan pendapat sebagai bagian dari hak asasi manusia. Selain itu pengaturan pembentukan organisasi profesi yang pada prinsipnya merupakan bagian dari organisasi kemasyarakatan tunduk pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2013 tentang Organisasi Kemasyarakatan, yang mengatur setiap organisasi kemasyarakatan yang akan dibentuk harus didaftarkan kepada Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia terlebih dahulu setelah mendapatkan pertimbangan dari kementerian teknis, sehingga Pencantuman Ikatan Dokter Indonesia dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia sebagai organisasi profesi dalam Pasal 1 angka 12 bersifat multitafsir karena dapat dimaknai Ikatan Dokter Indonesia dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia sebagai satu-satunya organisasi profesi yang diakui oleh Pemerintah Pusat.

Selain itu ketentuan Pasal 1 angka 12 mempersempit makna organisasi profesi yaitu hanya Ikatan Dokter Indonesia (IDI), sedangkan sudah diketahui bahwa dalam lingkungan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) terdapat sejumlah Perhimpunan Dokter Spesialis yang juga berhak disebut sebagai Organisasi Profesi. Ketentuan demikian merugikan hak konstitusional anggota Perhimpunan Dokter Spesialis, karena membatasi hak berserikat, berkumpul dan menyatakan pendapat sebagaimana diatur, dijamin dan dilindungi oleh UUD NRI Tahun 1945.

Selanjutnya Pasal 38 ayat (1) huruf c juga merugikan bagi anggota yang sebagian juga menjadi pengurus dari perhimpunan dokter spesialis, seyogyanya diberikan rekomendasi surat izin praktik oleh perhimpunan spesialis masing-masing yang lebih mengetahui kelayakan menjalankan praktik dan ketaatan etika dokter spesialis yang bersangkutan. Sehingga, apabila organisasi profesi hanya dimaknai sebagai Ikatan Dokter Indonesia (IDI), maka perhimpunan dokter spesialis, tidak dapat menjalankan perannya.

Dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi disebutkan bahwa standar nasional pendidikan merupakan bagian dari Standar Nasional Pendidikan Tinggi, yang merupakan kewenangan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi untuk menetapkannya. Oleh karena itu Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran perlu dilakukan harmonisasi dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, bahwa standar nasional pendidikan ditetapkan oleh Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi.

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 7 ayat (1) huruf b mengatur bahwa Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai tugas mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi sedangkan Pasal 8 huruf c mengatur bahwa Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai wewenang mengesahkan standar kompetensi dokter dan dokter gigi. Pasal 26 mengatur bahwa standar pendidikan profesi dokter dan standar pendidikan profesi kedokteran gigi disahkan Konsil Kedokteran Indonesia.

Dilihat dari fungsi dan wewenang Konsil Kedokteran Indonesia dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tersebut bukan hanya menunjang pelaksanaan fungsi negara dan pemerintahan, namun justru melaksanakan beberapa fungsi negara dan pemerintahan, yaitu pelaksanaan tugas, fungsi, dan wewenang kementerian negara yang mempunyai tugas menyelenggarakan urusan di bidang pendidikan. Pelaksanaan fungsi dan wewenang tersebut antara lain mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi.

Fungsi pengesahan standar pendidikan yang dimiliki oleh Konsil Kedokteran bersinggungan dengan fungsi penetapan standar nasional pendidikan oleh Menteri Pendidikan dan Kebudayaan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi. bahwa proses pengesahan Standar Nasional Pendidikan Tinggi dilakukan oleh Menteri atas usul suatu badan yang bertugas menyusun dan mengembangkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi. Dalam memperbaiki kondisi tersebut, bahwa masing-masing perguruan tinggi sebagai penyelenggara pendidikan tinggi harus mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi yang ditetapkan oleh Menteri Pendidikan, Kebudayaan, dan Pendidikan Tinggi dalam penyusunan standar pendidikan Tenaga Kesehatan. Oleh karena itu, penerapan pada Pendidikan Tenaga Kesehatan seharusnya melibatkan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, dan Pendidikan Tinggi serta dapat melibatkan kolegium masing-masing Tenaga Kesehatan.

Sesuai Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara dalam Pasal 88 menyatakan bahwa Pegawai Negara Sipil diberhentikan sementara apabila diangkat menjadi komisioner atau anggota lembaga nonstruktural. Dengan telah terbitnya Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tersebut, maka bagi anggota Konsil Kedokteran Indonesia yang berstatus Pegawai Negeri Sipil diberhentikan sementara sebagai Pegawai Negeri Sipil.

Pengaturan persyaratan untuk menjadi anggota Konsil Kedokteran Indonesia sekurang-kurangnya berusia 40 (empat puluh) tahun dan setinggi-tingginya 65 (enam puluh lima) tahun pada saat menjadi anggota Konsil Kesehatan Indonesia.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (UU tentang ASN) dan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil mengatur bahwa ASN yang diangkat menjadi anggota lembaga non-struktural sementara diberhentikan sebagai Pegawai Negeri Sipil dengan batas usia maksimal 58 (lima puluh delapan) Tahun.

Batas maksimal sebagai syarat untuk menjadi anggota Konsil Kedokteran Indonesia digunakan, maka akan menyebabkan multitafsir dalam penerapannya. Apabila pada saat pengangkatan maksimal berusia 65 (enam puluh lima) tahun, maka anggota Konsil Kedokteran Indonesia tidak boleh berusia lebih dari 65 (enam puluh lima) Tahun. Berdasarkan hal tersebut, terdapat ketidak sejalan yang terjadi antara Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktik Kedokteran dengan Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara dan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil.

Berdasarkan Pasal 279 menjelaskan bahwa Pegawai Negeri Sipil yang diberhentikan sementara sudah tidak mendapatkan penghasilan sebagai Pegawai Negeri Sipil pada bulan berikutnya sejak dilantik menjadi pejabat negara, komisioner, atau anggota Lembaga non-struktural.

Berdasarkan UU tentang ASN dan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 terdapat permasalahan terkait persyaratan menjadi anggota Konsil Kedokteran Indonesia, yaitu tidak adanya aturan yang jelas dalam memberikan batasan terkait status Aparatur Sipil Negara anggota Konsil Kedokteran Indonesia.

Merujuk UU tentang ASN, seorang Aparatur Sipil Negara yang menjadi anggota lembaga non-struktural harus diberhentikan sementara dari jabatannya sebagai Aparatur Sipil Negara. Namun, praktik yang terjadi selama ini, banyak dokter maupun Aparatur Sipil Negara yang menjadi anggota Konsil Kedokteran Indonesia tidak melepaskan jabatan tersebut.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 seorang Pegawai Negeri Sipil yang menjadi anggota non-struktural tidak menerima penghasilan sebagai Aparatur Sipil Negara semenjak dilantik menjadi anggota. Hal tersebut dapat dimaknai bahwa Aparatur Sipil Negara dilarang untuk merangkap jabatan pada lembaga non-struktural.

Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 37 ayat (1) mengatur bahwa SIP dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat praktik kedokteran atau kedokteran gigi dilaksanakan dengan salah satu persyaratannya yaitu adanya rekomendasi dari organisasi profesi.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang mengatur bahwa kepala daerah memberikan pelayanan perizinan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan untuk memberikan pelayanan perizinan tersebut dibentuk unit pelayanan terpadu satu pintu.

Rekomendasi dari Organisasi Profesi pada prinsipnya ditujukan untuk pembinaan dan pengawasan dokter/dokter gigi dari aspek keprofesian namun pada praktiknya rekomendasi dari Organisasi Profesi digunakan sebagai salah satu persyaratan mendapatkan SIP sehingga berpotensi menghambat kewenangan daerah untuk menerbitkan SIP padahal disisi lain pemerintah daerah membutuhkan dokter/dokter gigi untuk memberikan pelayanan Kesehatan termasuk untuk keselarasan dengan tanggung jawab atas ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Dengan demikian untuk menyikapi penyimpangan pemberian rekomendasi tersebut perlu dilakukan peninjauan atau dimungkinkan agar pemberian rekomendasi tersebut tidak disalahgunakan dalam permohonan memperoleh surat izin praktik, sehingga kemudahan untuk memperoleh SIP dapat direalisasikan dan diharapkan berdampak pada pemenuhan tenaga medis di setiap fasilitas pelayanan kesehatan dengan tujuan akhir tercapainya pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang bermutu.

J. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional

Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (UU tentang Sisdiknas) mengatur penjaminan pemerataan kesempatan Pendidikan yang berfungsi sebagai pengembangan dan pembentukan watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam mencerdaskan kehidupan bangsa dengan pengembangan potensi peserta didik menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan dan berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri dan warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab.

Penjaminan pemerataan sistem Pendidikan diwujudkan dengan peningkatan mutu serta relevansi dan efisinesi manajemen pendidikan dalam menghadapi tantangan sesuai dengan tuntutan perubahan kehidupan lokal, nasional, dan global sehingga dilakukan pembaharuan Pendidikan secara terencana, terarah, dan berkesinambungan, dengan pembaharuan sistem pendidikan nasional melalui visi, misi, dan strategis pembangunan Pendidikan nasional. Pembaharuan sistem Pendidikan melalui strategi yang pembangunan Pendidikan dengan penyesuaian prinsip kesetaraan dan keadilan yang berkenaan dengan proses pembelajaran di Indonesia dalam kelembagaan, pendanaan, kualitas lulusan, sarana dan prasarana.

Pengaturan pendidikan tinggi dalam UU tentang Sisdiknas ini sebagai jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program diploma, program sarjana, program magister, program doktor, dan program profesi, serta program spesialis, yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi berdasarkan kebudayaan bangsa Indonesia, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi menjadi *leading sector*-nya. Untuk mengakomodir kebijakan mengenai pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (*hospital-based*), perlu diakomodir rumusan pengaturan institusi penyelenggara pendidikan tertentu yaitu rumah sakit pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan profesi spesialis dan yang lebih tinggi.

K. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (UU tentang Pendidikan Tinggi) mengatur mengenai penyelenggaraan satu sistem Pendidikan nasional yang bertujuan peningkatan keimanan ketakwaan kepada tuhan YME dan berakhlak mulia dalam pencerdasan kehidupan bangsa serta memajukan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan menjunjung tinggi nilai sosial budaya dan persatuan bangsa untuk kemajuan peradaban serta kesejahteraan umat manusia.

Pendidikan tinggi sebagai bagian dari sistem Pendidikan nasional memiliki peran strategis dalam mencerdaskan kehidupan bangsa dan memajukan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora serta kebudayaan dan pemberdayaan bangsa Indonesia yang berkelanjutan sehingga terwujud peningkatan daya saing bangsa dalam menghadapi globalisasi di segala bidang melalui pendidikan tinggi yang mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta menghasilkan intelektual, ilmuwan, dan/atau profesional yang berbudaya dan kreatif, toleran, demokratis, berkarakter tangguh, serta berani membela kebenaran untuk kepentingan bangsa. Pendidikan mewujudkan keterjangkauan dan pemerataan yang berkeadilan dalam memperoleh pendidikan tinggi yang bermutu dan relevan dengan kepentingan masyarakat bagi kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan, diperlukan penataan pendidikan tinggi secara terencana, terarah, dan berkelanjutan dengan memperhatikan aspek demografis dan geografis.

Untuk mengakomodir kebijakan mengenai pendidikan dokter spesialis berbasis rumah sakit (hospital-based), perlu diakomodir rumusan pengaturan mengenai institusi penyelenggara pendidikan tertentu yaitu rumah sakit pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan profesi spesialis dan yang lebih tinggi.

L. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran

Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (UU tentang Pendidikan Kedokteran) mengatur standar pendidikan kedokteran merupakan bagian dari standar nasional pendidikan tinggi. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, yang menyatakan bahwa standar nasional pendidikan merupakan bagian dari Standar Nasional Pendidikan Tinggi, yang merupakan kewenangan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi yang menetapkan.

Permasalahan akan muncul terkait irisan fungsi dan kewenangan Konsil Kedokteran Indonesia yang terdapat dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi juga terdapat dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, yaitu pelaksanaan fungsi dan wewenang dalam mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi dan mengesahkan standar kompetensi dokter dan dokter gigi.

Berkenaan dengan fungsi menetapkan standar kompetensi, juga diatur dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, yang menyatakan bahwa standar kompetensi merupakan bagian dari standar nasional pendidikan kedokteran. Standar Nasional Pendidikan Kedokteran mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi yang disusun oleh Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi bersama kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, asosiasi rumah sakit pendidikan, dan Organisasi Profesi.

Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, yang menyatakan pendidikan profesi dapat diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi dan bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi. Kerja sama dengan

Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi, antara lain penetapan standar kompetensi, penetapan kualifikasi lulusan, penyusunan kurikulum, penggunaan sumber belajar, dan uji kompetensi.

Pendidikan profesi bidang kesehatan perlu dilakukan transformasi, dimana terdapat dua alternatif sistem pendidikan yaitu sistem pendidikan yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi dan bekerja sama dengan Kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, Kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, dan kolegium yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi sesuai dengan atau biasa disebut sebagai sistem *university-based*. Selain itu, pendidikan profesi bidang kesehatan juga dapat diselenggarakan oleh rumah sakit atau wahana pendidikan, bekerja sama dengan perguruan tinggi, Kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, Kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, dan kolegium yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi atau biasa disebut sebagai sistem *hospital-based*.

Untuk peran Pemerintah Pusat dalam penyediaan tenaga kesehatan, pemerintah perlu memberikan kontribusi anggaran sebagai subsidi bagi pendidikan kedokteran. Berdasarkan konstitusi, khususnya pasal 28 H ayat (2) tentang perlunya dilakukan perlakuan khusus atau *affirmative action* oleh negara bagi keseimbangan akses terhadap pendidikan kedokteran. Tindakan afirmatif tersebut dapat diberikan menurut pertimbangan geografis daerah mau pun menurut pertimbangan kemampuan ekonomi rakyat miskin.

M. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan

Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (UU tentang Keperawatan) memuat pengaturan mengenai jenis perawat, pendidikan tinggi keperawatan, registrasi, izin praktik, dan registrasi ulang, praktik keperawatan, hak dan kewajiban bagi perawat dan klien,

kelembagaan yang terkait dengan perawat (seperti organisasi profesi, kolegium, dan konsil), pengembangan, pembinaan, dan pengawasan bagi perawat, serta sanksi administratif. Materi mutan pengaturan beririsan dengan Undang-Undang Tenaga Kesehatan sehingga perlu disinkronkan dalam Rancangan Undang-Undang Tenaga Kesehatan.

N. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (UU tentang Kebidanan) mengatur mengenai pendidikan kebidanan, registrasi dan izin praktik, Bidan warga negara Indonesia lulusan luar negeri, Bidan warga negara asing, Praktik Kebidanan, hak dan kewajiban, Organisasi Profesi Bidan, Konsil Kebidanan, Pendayagunaan Bidan, serta pembinaan dan pengawasan. Materi mutan pengaturan beririsan dengan Undang-Undang Tenaga Kesehatan sehingga perlu disinkronkan dalam Rancangan Undang-Undang Tenaga Kesehatan.

O. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 dibentuk dalam rangka penataan dan perbaikan mekanisme Pembentukan Peraturan Perundang-undangan yang dilakukan sejak perencanaan, penyusunan, pembahasan, pengesahan atau penetapan hingga pengundangan dengan menambahkan antara lain pengaturan mengenai metode omnibus dalam Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. Dalam Undang-Undang tersebut pengaturan metode omnibus dituangkan antara lain sebagai berikut:

1. Pasal 64 ayat (1a) dan ayat (1b) mengatur bahwa penyusunan Rancangan Peraturan Perundang-undangan dapat menggunakan metode omnibus. Metode omnibus merupakan metode penyusunan Peraturan Perundang-undangan dengan: a. memuat materi muatan baru; b. mengubah materi muatan yang memiliki keterkaitan dan/atau kebutuhan hukum yang diatur dalam

berbagai Peraturan Perundang-undangan yang jenis dan hierarkinya sama; dan/atau c. mencabut Peraturan Perundang-undangan yang jenis dan hierarkinya sama, dengan menggabungkannya ke dalam satu Peraturan Perundang-undangan untuk mencapai tujuan tertentu.

2. Pasal 97A mengatur bahwa materi muatan yang diatur dalam Peraturan Perundang-undangan yang menggunakan metode omnibus hanya dapat diubah dan/atau dicabut dengan mengubah dan/ atau mencabut Peraturan Perundang-undangan tersebut.

Kebutuhan untuk melakukan pengharmonisasian berbagai Undang-Undang di bidang Kesehatan serta beberapa terobosan hukum yang bersinggungan dengan sektor lainnya dengan membentuk Undang-Undang yang menggunakan metode omnibus, memiliki landasan hukum yang kuat berdasarkan ketentuan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tersebut. Penggunaan metode omnibus dimaksudkan untuk menghilangkan tumpang tindih antar peraturan perundang-undangan, efisiensi proses perubahan atau pencabutan peraturan perundang-undangan, serta menghilangkan ego sektoral dalam berbagai peraturan perundang-undangan.

Selain itu beberapa substansi dalam Undang-Undang bidang Kesehatan, seperti UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit telah dilakukan perubahan dengan Undang-Undang yang menggunakan metode omnibus, yaitu Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, dan beberapa Undang-Undang lainnya sehingga beberapa substansi yang perlu disinkronkan melalui pembentukan Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan yang juga menggunakan metode omnibus.

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

A. Landasan Filosofis

Landasan filosofis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk mempertimbangkan pandangan hidup, kesadaran, dan cita hukum yang meliputi suasana kebatinan serta falsafah bangsa Indonesia yang bersumber dari Pancasila dan Pembukaan UUD NRI Tahun 1945.

Nilai hakiki dan luhur yang hidup dalam masyarakat terangkum dalam Pancasila sebagai landasan bagi pengaturan tentang wabah di Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Pembukaan UUD NRI Tahun 1945 mengamanatkan bahwa Negara mempunyai tugas antara lain melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional ini adalah tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk itu, Negara melalui Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat mengupayakan penyelenggaraan kesehatan bangsa Indonesia untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduknya.

Dalam konsep Negara Kesejahteraan (*welfare state*) sebagaimana dianut oleh Indonesia, negara bertanggung jawab untuk mensejahterakan masyarakat. Berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada bagian Pembukaan telah diamanatkan bahwa Pemerintah Negara Indonesia mempunyai tugas antara lain, melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional ini adalah tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Negara berkewajiban untuk memenuhi hak masyarakat untuk hidup sehat dan mendapatkan derajat kesehatan yang setinggi-

tingginya. Berdasarkan ketentuan Pasal 28H UUD NRI Tahun 1945 menyatakan bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Selanjutnya memperhatikan ketentuan Pasal 9 ayat (3) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, mengatur bahwa setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat. Dalam perspektif hak yang dimiliki masyarakat tersebut, menunjukkan kesesuaian dengan Deklarasi PBB Tahun 1948 tentang Hak Asasi Manusia yang mengatur bahwa hak dasar kesehatan merupakan hak asasi manusia. Dari ayat ini dapat dipahami bahwa sehat merupakan hak yang secara kodrati melekat dan tidak terpisahkan dari manusia, harus dilindungi, dihormati, ditegakkan demi peringatan martabat kemanusiaan, kesejahteraan, kebahagiaan, kecerdasan serta keadilan. Dalam rangka memenuhi hak dasar tersebut, Negara wajib melakukan pembangunan kesehatan. Dalam rangka memenuhi hak dasar masyarakat sebagaimana dijamin dalam konstitusi, maka pemerintah melaksanakan tanggung jawabnya dengan melaksanakan pembangunan di bidang kesehatan. Dalam perspektif hukum administrasi negara tanggung jawab ini dilaksanakan melalui tugas dan fungsi pemerintah dengan cara merealisasikan, mengurus, dan mengatur penyelenggaraan pembangunan di bidang kesehatan. Tugas mengatur tersebut tidak hanya dilakukan dengan membentuk Undang-Undang yang dilakukan oleh Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) dan Pemerintah Pusat tetapi juga melalui pembuatan regulasi oleh Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah itu sendiri, serta penegakan hukumnya (*law enforcement*).

Konstitusi menjamin adanya hak hidup sehat bagi setiap warga negara Indonesia. *International Health Regulation (IHR)* sebagai instrumen regulasi internasional yang mengikat bagi seluruh negara anggota *World Health Organization (WHO)*, maupun bukan negara *WHO*. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral pembangunan nasional. Pembangunan nasional dapat terlaksana sesuai dengan cita

bangsa jika diselenggarakan oleh sumber daya manusia yang cerdas dan sehat serta dukungan perencanaan kesehatan dan dukungan sumber daya yang memadai. Pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan harus mempunyai kontribusi positif terbentuknya lingkungan dan perilaku yang sehat. Mencermati hal tersebut, bahwa setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara. Untuk mencapai cita-cita tersebut, setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan, dalam arti bahwa pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat.

Dalam kondisi pandemi *COVID-19*, pembangunan kesehatan tidak serta merta berhenti di tengah jalan, namun memaksa pemerintah menyesuaikan kebijakan dan juga membangun konsep berupa perubahan cara hidup masyarakat. Kesehatan menjadi isu prioritas dan penekanan ketahanan sistem kesehatan, dengan permasalahan yang timbul perlu penguatan kebijakan yaitu, pada biaya kesehatan yang terus meningkat, beragamnya tantangan dalam peningkatan kualitas layanan primer, keterbatasan akses layanan rujukan, ketergantungan impor kefarmasian dan alat kesehatan, peningkatan deteksi dini dan surveilans serta penguatan respons terhadap situasi krisis, skema pendanaan kesehatan, kurangnya jumlah dan pemerataan sumber daya kesehatan yang berkualitas, pemanfaatan teknologi digital dan keterbatasan layanan laboratorium kesehatan masyarakat yang memenuhi standar sesuai dengan upaya promotif dan preventif.

B. Landasan Sosiologis

Landasan sosiologis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek. Landasan sosiologis sesungguhnya menyangkut fakta empiris mengenai perkembangan masalah dan kebutuhan masyarakat dan negara.

Dalam rangka penyelenggaraan kesehatan sebagai perwujudan hak asasi manusia Indonesia dalam kondisi sehat secara fisik mental dan spiritual secara menyeluruh tanpa penyakit sebagai bukti derajat kesehatan nasional, diperlukan pembangunan kesehatan yang mempunyai secara paripurna yang berdasarkan kepada Ketuhanan yang Maha Esa, pemberdayaan dan kemandirian bagi setiap orang dan masyarakat secara adil dan merata dengan upaya kesehatan pengutamaan manfaat, pencegahan penyakit dan pemeliharaan peningkatan kesehatan. Namun, tantangan pembangunan kesehatan nasional Indonesia dihadapi Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam upaya peningkatan penyelenggaraan kesehatan.

Mengantisipasi hal tersebut, dilakukan transformasi kesehatan yang dituangkan dalam 6 (enam) pilar. Pertama, transformasi layanan kesehatan primer yang fokus pada peningkatan akses masyarakat ke sistem kesehatan dasar (*basic healthcare system*). Puskesmas dan klinik di seluruh pelosok negeri harus dibantu untuk meningkatkan pelayanan promotif dan preventifnya.

Kedua, transformasi layanan rujukan untuk memudahkan akses masyarakat ke layanan kesehatan sekunder, di mana konsentrasi pembangunan rumah sakit harus dilakukan pemerataan tidak hanya terkonsentrasi di kota besar. Masyarakat yang sakit harus mendapatkan layanan kesehatan yang mudah diakses dengan kualitas yang baik tanpa harus antri lama atau pergi berobat ke luar negeri. Saat ini terdapat indikasi banyak masyarakat berobat ke luar negeri, sehingga perlu direspons dengan penguatan wisata Kesehatan (*health tourism/medical tourism*) sehingga kualitas fasilitas pelayanan

kesehatan dapat ditingkatkan sehingga mampu bersaing dengan fasilitas pelayanan kesehatan mancanegara.

Ketiga, transformasi ketahanan kesehatan. Indonesia sebagai negara yang dikaruniai sumber daya alam yang melimpah dan di sisi lain sering mengalami bencana yang menimbulkan korban yang cukup banyak. Oleh karenanya harus membangun sistem ketahanan kesehatan agar selalu siap siaga dan mampu merespons bencana alam maupun nonalam (termasuk wabah) dengan cepat.

Keempat, transformasi pembiayaan Kesehatan dengan mewujudkan pembiayaan yang berkesinambungan, masuk akal, dan mendukung pemberian layanan yang adil dan merata, serta dalam skala yang bisa ditanggung secara berkesinambungan oleh negara.

Kelima, transformasi sumber daya manusia Kesehatan yang dilakukan dengan meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan sesuai dengan standar *WHO* dan rata-rata Asia Tenggara, dengan mempercepat tenaga kesehatan menyelesaikan pendidikannya dan ditempatkan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Keenam, transformasi teknologi Kesehatan di mana dalam konteks pengambilan kebijakan perlu dilakukan peningkatan kualitas yang dilakukan melalui proses pengambilan kebijakan yang berbasis data. Selain itu, dalam konteks pelayanan kesehatan, akses masyarakat terhadap layanan *telemedicine* harus ditingkatkan, termasuk peningkatan kedokteran presisi (*precision medicine*) yang masih tertinggal jauh dari negara lain.

Transformasi di bidang Kesehatan hanya dapat diwujudkan apabila didukung oleh peraturan perundang-undangan yang relevan dari level Undang-Undang sampai dengan peraturan pelaksanaannya. Dengan demikian, pengaturan di bidang Kesehatan yang tersebar di berbagai Undang-Undang perlu dilakukan simplifikasi dan unifikasi sehingga dapat mendukung transformasi Kesehatan dengan optimal.

Selain itu, terdapat beberapa permasalahan yang muncul di masyarakat dalam hal di bidang kesehatan, yaitu:

Pertama, kondisi pandemi *COVID-19* memberikan tekanan kepada seluruh tatanan masyarakat dan menambahkan beban tambahan dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan masyarakat.

Kedua, munculnya penyakit infeksi baru pada manusia yang disebabkan oleh interaksi antara manusia dan lingkungan Indonesia termasuk hewan (*zoonosis*) diperparah dengan terbukanya transportasi dalam negeri maupun antar negara dengan jumlah penduduk yang besar dan wilayah geografis yang luas.

Ketiga, Undang-Undang terkait kesehatan yang eksisting pada saat ini yang mencakup beberapa Undang-Undang di bidang kesehatan, substansi di dalamnya tumpang tindih dan substansi yang berdampak pada menghalangi transformasi sistem kesehatan Indonesia.

Berbagai gambaran sosiologis tersebut mencerminkan bahwa Negara masih dihadapkan pada berbagai tantangan dalam upaya peningkatan Kesehatan sehingga perlu langkah atau kebijakan yang sistematis dan komprehensif guna tercapainya tujuan pembangunan Kesehatan nasional.

C. Landasan Yuridis

Landasan yuridis merupakan pertimbangan atau alasan yang menggambarkan bahwa peraturan yang dibentuk untuk mengatasi permasalahan hukum atau mengisi kekosongan hukum dengan mempertimbangkan aturan yang telah ada, yang akan diubah, atau yang akan dicabut guna menjamin kepastian hukum dan rasa keadilan masyarakat.

Landasan yuridis menyangkut persoalan hukum yang berkaitan dengan substansi atau materi yang diatur sehingga perlu dibentuk Peraturan Perundang-Undangan yang baru. Beberapa persoalan hukum itu, antara lain peraturan yang sudah ketinggalan, peraturan yang tidak harmonis atau tumpang tindih, jenis peraturan perundang-undangan yang lebih rendah dari Undang-Undang sehingga daya berlakunya lemah, peraturannya sudah ada tetapi tidak memadai, peraturannya memang sama sekali belum ada dan adanya beberapa Undang-Undang

yang diajukan *yudisial review* oleh masyarakat sehingga substansi Undang-Undang tersebut harus disesuaikan dengan hasil putusan Mahkamah Konstitusi. Landasan yuridis akan digunakan sebagai dasar hukum dalam peraturan perundang-undangan yang akan disusun.

BAB V

JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP PENGATURAN MATERI MUATAN

A. Sasaran yang Akan Diwujudkan

Sasaran yang akan diwujudkan dengan penyusunan Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan adalah untuk menjamin hak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta memperoleh pelayanan kesehatan sebagai upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya yang dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional dengan perwujudan peningkatan kapasitas dan ketahanan kesehatan sebagai penguatan sistem kesehatan secara integratif dan holistik.

B. Jangkauan dan Arah Pengaturan

1. Arah Pengaturan

Berdasarkan sasaran tersebut, maka pengaturan diarahkan pada penguatan dan pengembalian fungsi regulator kepada pemerintah dan penguatan sistem Kesehatan yang Tangguh dalam penyelenggaraan pelayanan primer, pelayanan rujukan, ketahanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia Kesehatan, dan teknologi Kesehatan.

2. Jangkauan Pengaturan

Jangkauan pengaturan rancangan undang-undang menjangkau subyek antara lain warga negara, tenaga medis, tenaga Kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan, kementerian/ lembaga, pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dan stakeholder lain.

Jangkauan obyek pengaturan rancangan undang-undang meliputi:

- a. Pengaturan terkait hak, akan berdampak kepada setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan, lingkungan yang sehat, penerimaan atau penolakan tindakan pertolongan, rahasia kondisi kesehatan pribadi, ganti rugi, informasi dan edukasi tentang kesehatan.
- b. Pengaturan terkait kewajiban, akan berdampak kepada kewajiban setiap orang dalam mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan bagi perorangan maupun masyarakat sebagai pembangunan berwawasan kesehatan, berkewajiban berperilaku hidup sehat dan menghormati hak kesehatan orang lain, serta turut serta dalam program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional.
- c. Pengaturan tanggung jawab dan wewenang Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
- d. Pengaturan terkait upaya kesehatan, yang berdampak pada penyelenggaraan upaya kesehatan perseorangan dan masyarakat yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan/atau rehabilitatif yang didukung oleh sumber daya Kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- e. Pengaturan mengenai sumber daya di bidang kesehatan, yang meliputi: Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; Fasilitas Pelayanan Kesehatan; Rumah Sakit; Perbekalan Kesehatan; Ketahanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan; Sistem Informasi Kesehatan; Tata Kelola Sistem Informasi Kesehatan; Teknologi Kesehatan; serta Bioteknologi Kesehatan.
- f. Pengaturan Wabah Penyakit Menular, yang mengatur terkait penetapan jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah; kewaspadaan wabah di wilayah; kewaspadaan wabah di pintu

masuk, daerah wabah; penanggulangan wabah; Kegiatan Pasca Wabah; pelaporan; sumber daya; hak, kewajiban dan larangan; serta ketentuan pidana.

- g. Pengelolaan kesehatan, dilaksanakan secara berjenjang di tingkat pusat maupun daerah yang mencakup pada pengelolaan, administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pendanaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan yang dilaksanakan dalam Sistem Kesehatan Nasional.
- h. Pengaturan mengenai Pendanaan Kesehatan terkait dengan besaran prosentase APBN, Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- i. Pengaturan mengenai partisipasi masyarakat, berdampak bagi masyarakat, untuk berpartisipasi serta secara perseorangan dan terorganisasi dalam bentuk pembangunan kesehatan yang mencakup pada keikutsertaan secara aktif, inovatif, dan kreatif.
- j. Pengaturan mengenai Pembinaan dan pengawasan, berdampak pada masyarakat dan penyelenggaraan kegiatan yang terkait dengan sumber daya kesehatan dan upaya kesehatan.
- k. pengaturan sanksi administratif.
- l. pengaturan ketentuan pidana.

C. Ruang Lingkup Materi Muatan Undang-Undang

Ruang lingkup materi muatan yang diatur dalam Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan disusun sebagai berikut:

1. Ketentuan Umum

Dalam ketentuan umum memuat batasan pengertian atau definisi, singkatan/akronim yang dituangkan dalam batasan pengertian atau definisi, dan atau hal-hal lain yang bersifat umum

yang berlaku bagi pasal atau beberapa pasal berikutnya antara lain ketentuan yang mencerminkan asas, maksud, dan tujuan tanpa dirumuskan tersendiri dalam pasal atau bab. Pemberian batasan pengertian atau pendefinisian dari suatu istilah dalam suatu undang-undang dimaksudkan untuk membatasi pengertian atau untuk memberikan suatu makna bagi istilah yang digunakan dalam undang-undang. Istilah dan batasan pengertian atau definisi yang perlu diatur dalam RUU tentang Kesehatan sebagai berikut:

- 1) Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
- 2) Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif oleh pemerintah dan/atau masyarakat.
- 3) Pelayanan Kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif.
- 4) Sumber Daya Kesehatan adalah segala bentuk fasilitas, tenaga, perbekalan kesehatan, sistem informasi, teknologi, dan dana yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan Upaya Kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan/atau masyarakat.
- 5) Tenaga Medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kedokteran atau kedokteran gigi serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan

keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi dalam melaksanakan upaya kesehatan.

- 6) Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- 7) Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.
- 8) Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perorangan maupun masyarakat, dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
- 9) Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif di wilayah kerjanya.
- 10) Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- 11) Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.
- 12) Perbekalan Kesehatan adalah semua bahan dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

- 13) Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat bahan alam, kosmetik, suplemen kesehatan, dan obat kuasi.
- 14) Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan Kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh, reagen in vitro dan kalibrator, perangkat lunak, bahan atau material yang digunakan tunggal atau kombinasi untuk menghalangi pembuahan, desinfeksi Alat Kesehatan, dan pengujian in vitro terhadap spesimen dari tubuh manusia, dan dapat mengandung obat yang tidak mencapai kerja utama pada tubuh manusia melalui proses farmakologi, imunologi, atau metabolisme untuk dapat membantu fungsi atau kerja yang diinginkan.
- 15) Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga yang selanjutnya disingkat PKRT adalah alat, bahan, dan/atau campuran bahan untuk pemeliharaan dan perawatan yang berdampak pada kesehatan manusia, yang ditujukan pada penggunaan di rumah tangga dan fasilitas umum.
- 16) Obat adalah bahan, paduan bahan, produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan, dan kontrasepsi untuk manusia.
- 17) Obat Bahan Alam adalah bahan, ramuan bahan, atau produk yang berasal dari sumber daya alam berupa tumbuhan, hewan, jasad renik, mineral, atau campuran dari bahan tersebut yang telah digunakan secara turun temurun, atau sudah terbukti berkhasiat dan aman digunakan untuk pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan/atau

pemulihan kesehatan berdasarkan pembuktian secara empiris dan/atau ilmiah, dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

- 18) Teknologi Kesehatan adalah segala bentuk alat dan/atau metode yang ditujukan untuk membantu menegakkan diagnosa, pencegahan, dan penanganan permasalahan kesehatan manusia.
- 19) Sistem Informasi Kesehatan adalah sistem yang mengintegrasikan berbagai tahapan pengumpulan data, pemrosesan, pelaporan, dan penggunaan informasi yang diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi Pelayanan Kesehatan serta mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.
- 20) Telekesehatan adalah pemberian dan fasilitasi layanan kesehatan yang bersifat nonklinis termasuk pendidikan penyedia dan pasien, layanan informasi kesehatan, dan layanan mandiri melalui telekomunikasi dan teknologi komunikasi digital.
- 21) Telemedisin adalah pemberian dan fasilitasi layanan kesehatan yang bersifat klinis termasuk asuhan medis/klinis dan/atau layanan konsultasi kesehatan, melalui telekomunikasi dan teknologi komunikasi digital.
- 22) Pasien adalah setiap orang yang memperoleh Pelayanan Kesehatan dari Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan.
- 23) Kolegium adalah badan yang dibentuk oleh perhimpunan praktik layanan profesi yang bersifat otonom untuk masing-masing disiplin ilmu kedokteran, ilmu kedokteran gigi dan ilmu kesehatan yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut.
- 24) Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang telah memiliki sertifikat

- kompetensi, sertifikat profesi, atau telah mempunyai kualifikasi tertentu lain untuk menjalankan praktik.
- 25) Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
 - 26) Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
 - 27) Wabah Penyakit Menular yang selanjutnya disebut Wabah adalah kejadian luar biasa penyakit menular yang jumlah kasus dan/atau kematiannya meningkat dan menyebar dalam skala luas yang dapat menimbulkan bencana nonalam.
 - 28) Kewaspadaan Wabah adalah serangkaian kegiatan sebagai sikap tanggap menghadapi kemungkinan terjadinya Wabah.
 - 29) Kejadian Luar Biasa yang selanjutnya disingkat KLB adalah meningkatnya kejadian, kesakitan, kematian, dan/atau kecacatan akibat penyakit dan masalah kesehatan yang bermakna secara epidemiologis di suatu daerah pada kurun waktu tertentu.
 - 30) Pintu Masuk Negara yang selanjutnya disebut Pintu Masuk adalah tempat masuk dan keluarnya alat angkut, orang, dan/atau barang dari dan ke luar negeri, baik berbentuk pelabuhan, bandar udara, maupun pos lintas batas negara.
 - 31) Badan Karantina Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat BKKN adalah lembaga Pemerintah setingkat kementerian yang memiliki fungsi, tugas, dan wewenang dalam menyelenggarakan urusan kekarantinaan kesehatan.

- 32) Petugas Karantina Kesehatan adalah Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan terlatih yang ditunjuk oleh BKKN untuk melakukan pengawasan dan tindakan penanggulangan terhadap alat angkut, orang, dan barang di Pintu Masuk.
- 33) Daerah Terjangkit adalah daerah yang secara epidemiologis terdapat penyebaran penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah.
- 34) Dokumen Karantina Kesehatan adalah surat keterangan kesehatan yang dimiliki setiap alat angkut, orang, dan barang yang memenuhi persyaratan baik nasional maupun internasional.
- 35) Organisasi Profesi adalah wadah untuk berhimpun Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang seprofesi berdasarkan kesamaan keahlian, aspirasi, kehendak, etika profesi, kebutuhan, kepentingan, kegiatan, dan tujuan untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan.
- 36) Setiap Orang adalah orang perseorangan, kelompok orang, organisasi masyarakat dan/atau badan usaha yang berbadan hukum atau tidak berbadan hukum.
- 37) Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- 38) Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
- 39) Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan.

Selanjutnya penyelenggaraan kesehatan berasaskan

perikemanusiaan; keseimbangan; manfaat; ilmiah; pemerataan; etika dan profesionalitas; perlindungan dan keselamatan; penghormatan terhadap hak dan kewajiban; keadilan; nondiskriminatif; pertimbangan moral dan nilai-nilai agama; partisipatif; kepentingan umum; keterpaduan; kesadaran hukum; kedaulatan negara; kelestarian lingkungan hidup; kearifan budaya; dan ketertiban dan kepastian hukum. Adapun penyelenggaraan kesehatan bertujuan meningkatkan pembudayaan masyarakat hidup sehat; meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan; meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia yang efektif dan efisien; memenuhi kebutuhan masyarakat akan Pelayanan Kesehatan; meningkatkan ketahanan kesehatan dalam menghadapi KLB atau Wabah; menjamin pendanaan yang selalu tersedia dan transparan, efektif dan efisien, serta berkeadilan; pengembangan dan pemanfaatan Teknologi Kesehatan yang berkelanjutan; dan memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi Pasien, Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan masyarakat.

2. Hak dan Kewajiban

a. Pengaturan Hak

Dalam Rancangan Undang-Undang ini, mengatur mengenai hak dan kewajiban setiap orang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana dijamin dalam UUD NRI Tahun 1945. Hak setiap orang yaitu:

- a) hidup sehat secara fisik, mental, spiritual, dan sosial;
- b) memperoleh Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau agar dapat mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya;
- c) mendapatkan perawatan kesehatan hingga mendapatkan kesembuhan;
- d) memperoleh akses atas Sumber Daya Kesehatan;

- e) secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri Pelayanan Kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
- f) mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat Kesehatan;
- g) menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap;
- h) atas kerahasiaan informasi kesehatan pribadinya;
- i) menuntut ganti rugi terhadap seseorang, Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, tenaga pendukung kesehatan, dan/atau penyelenggara Kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan dalam Pelayanan Kesehatan yang diterimanya;
- j) mendapatkan informasi dan edukasi tentang Kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab; dan
- k) memperoleh informasi tentang data Kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan.

Hak secara mandiri dikecualikan untuk Pelayanan Kesehatan yang diperlukan dalam rangka penanggulangan KLB atau Wabah. Hak menerima atau menolak tidak berlaku pada penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas, keadaan KLB atau Wabah, keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri, atau gangguan mental berat. Kerahasiaan informasi kesehatan pribadi tidak berlaku dalam hal pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum; penanggulangan KLB/Wabah/bencana; pendidikan dan penelitian; upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat; kepentingan pemeliharaan kesehatan, pengobatan,

penyembuhan, dan perawatan Pasien; permintaan Pasien sendiri; keperluan administrasi, pembayaran asuransi atau jaminan pembiayaan Kesehatan; dan/atau kepentingan lain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan. Ketentuan mengenai hak diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Pengaturan Kewajiban

Adapun kewajiban setiap orang, antara lain: mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya; menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat; berperilaku hidup sehat dan menghormati hak Kesehatan orang lain; mematuhi kegiatan penanggulangan KLB atau Wabah; menjaga dan meningkatkan derajat Kesehatan bagi orang lain yang menjadi tanggung jawabnya; dan mengikuti program jaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional. Pelaksanaan kewajiban meliputi: Upaya Kesehatan perorangan; Upaya Kesehatan masyarakat; dan pembangunan berwawasan Kesehatan. Kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang bermutu, aman, efisien, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Tanggung jawab dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan Upaya Kesehatan dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan. Peningkatan dan pengembangan Upaya

Kesehatan dilakukan berdasarkan pengkajian dan penelitian. Pengkajian dan penelitian dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyelenggarakan kegiatan Kewaspadaan Wabah, penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan dan tatanan yang sehat bagi masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Sumber Daya Kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat. Untuk menjamin ketersediaan Sumber Daya Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya dapat memberikan fasilitas fiskal dan fasilitas non-fiskal.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta informasi dan edukasi Kesehatan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap pengaturan, pembinaan, pengawasan, dan peningkatan mutu Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; perencanaan, pengadaan, serta pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat; dan perlindungan kepada Pasien, Tenaga Medis, dan Tenaga Kesehatan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan. Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya harus mengacu pada norma, standar, prosedur, dan kriteria pembangunan Kesehatan yang ditetapkan Pemerintah Pusat. Ketentuan mengenai norma, standar, prosedur, dan kriteria dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

4. Penyelenggaraan Kesehatan

Untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan Upaya Kesehatan dalam bentuk Upaya Kesehatan perorangan, Upaya Kesehatan masyarakat, dan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat. Upaya Kesehatan perorangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditujukan untuk perorangan dan keluarga yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif. Upaya Kesehatan masyarakat ditujukan untuk kelompok dan masyarakat yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif. Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat ditujukan untuk memberdayakan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan Kesehatan dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan didukung oleh Sumber Daya Kesehatan. Sumber Daya Kesehatan meliputi Fasilitas Pelayanan Kesehatan; Sumber Daya Manusia Kesehatan; Perbekalan Kesehatan; Sistem Informasi Kesehatan; Teknologi Kesehatan; pendanaan Kesehatan; dan sumber daya lain yang diperlukan. Dalam penyelenggaraan Kesehatan diperlukan Pengelolaan Kesehatan. Pengelolaan Kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat melalui pengelolaan administrasi Kesehatan, informasi Kesehatan, Sumber Daya Kesehatan, Upaya Kesehatan pendanaan Kesehatan peran serta dan pemberdayaan masyarakat, penelitian, pengembangan, inovasi dalam ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang Kesehatan, dan pengaturan hukum Kesehatan yang dilakukan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya. Pengelolaan Kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dalam suatu sistem Kesehatan nasional. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengelolaan Kesehatan diatur dengan Peraturan Presiden.

5. Upaya Kesehatan

a. Pengaturan mengenai ketentuan umum

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan meliputi mutu gizi; keluarga berencana; Kesehatan reproduksi; Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja, lanjut usia, dan penyandang disabilitas; Kesehatan gigi dan mulut; Kesehatan jiwa; Kesehatan sekolah; Kesehatan olahraga; Kesehatan lingkungan; Kesehatan mata dan situasi khusus; Kesehatan kerja; pengamanan makanan dan minuman; pengamanan zat adiktif; pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan Kesehatan Rumah Tangga; Upaya Kesehatan Perorangan; Upaya Kesehatan Masyarakat; pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum; bedah mayat; pelayanan darah; penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran; penanggulangan penyakit menular dan tidak menular; transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, terapi berbasis sel punca dan sel, implan Obat dan/atau Alat Kesehatan, dan bedah plastik rekonstruksi dan estetika; Pelayanan Kesehatan pada bencana; Pelayanan Kesehatan tradisional; dan/atau Upaya Kesehatan lainnya. Upaya Kesehatan lainnya ditetapkan oleh Menteri sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan pembangunan bidang Kesehatan.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, merata dan nondiskriminatif. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan harus memperhatikan fungsi sosial, nilai sosial budaya, moral, dan etika. Upaya Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan. Ketentuan mengenai standar Pelayanan Kesehatan diatur dalam atau berdasarkan Peraturan Pemerintah. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan dalam bentuk pelayanan kesehatan dapat memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan terdiri atas

pemberian Pelayanan Kesehatan nonklinis berupa Telekesehatan; dan pemberian Pelayanan Kesehatan klinis berupa Telemedisin.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan diselenggarakan dengan memenuhi persyaratan paling sedikit berupa: sumber daya manusia; sarana, prasarana, peralatan; dan aplikasi. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan upaya kesehatan yang memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi diatur dalam atau berdasarkan Peraturan Pemerintah.

b. Upaya Kesehatan Perorangan

Upaya Kesehatan perorangan diselenggarakan melalui Pelayanan Kesehatan primer; dan Pelayanan Kesehatan rujukan. Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan sebagai proses awal Pelayanan Kesehatan perorangan secara komprehensif. Pelayanan Kesehatan primer termasuk pelayanan skrining dan imunisasi penyakit dalam ranah Kesehatan perorangan, pemantauan tumbuh kembang, diagnostik dini, kuratif, dan rehabilitatif yang didukung dengan kegiatan Pelayanan Kesehatan rujukan. Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan oleh Tenaga medis dan/atau Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama. Pelayanan Kesehatan primer diselenggarakan berdasarkan kebijakan Pelayanan Kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat. Pelayanan Kesehatan primer didanai oleh perorangan penerima Pelayanan Kesehatan atau melalui penjaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi komersial.

Pelayanan Kesehatan rujukan menyelenggarakan pelayanan spesialisik dan/atau subspecialistik. Pelayanan Kesehatan rujukan) diselenggarakan oleh Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut. Pelayanan

Kesehatan rujukan didanai oleh perorangan penerima Pelayanan Kesehatan atau melalui penjaminan kesehatan dalam sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi komersial. Dalam pengembangan Pelayanan Kesehatan rujukan, Pemerintah Pusat harus mengembangkan pusat pelayanan unggulan nasional yang berstandar internasional. Pengembangan pusat pelayanan unggulan nasional bertujuan untuk memenuhi kebutuhan Pelayanan Kesehatan dan menghadapi persaingan regional dan global.

Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan diselenggarakan berkesinambungan melalui sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan. Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan dilakukan melalui pembagian dan/atau pelimpahan tugas dan tanggung jawab Pelayanan Kesehatan berdasarkan kebutuhan medis Pasien dan kemampuan pelayanan pada setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan dilakukan melalui rujukan secara vertikal dan horizontal. Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan didukung dengan teknologi informasi dan komunikasi.

Teknologi informasi dan komunikasi memuat data dan informasi mutakhir mengenai kemampuan pelayanan setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tergabung dalam sistem rujukan secara terintegrasi. Selain memuat data dan informasi mutakhir mengenai kemampuan pelayanan setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dilakukan terhadap proses transfer data dan informasi medis Pasien yang diperlukan untuk proses rujukan. Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem rujukan Pelayanan Kesehatan perorangan diatur dengan Peraturan Menteri.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menyediakan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan di seluruh wilayah Indonesia termasuk daerah

terpencil, perbatasan, kepulauan, serta daerah yang tidak diminati swasta. Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan dapat melibatkan masyarakat atau swasta. Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan mencakup masyarakat miskin dan masyarakat rentan. Penyediaan akses Pelayanan Kesehatan primer dan Pelayanan Kesehatan rujukan dilakukan melalui pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut; dan pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia dan sarana dan prasarana.

Masyarakat atau swasta dapat berpartisipasi untuk pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut. Pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut termasuk pemenuhan sumber daya manusia dan sarana dan prasarana. Pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut harus mempertimbangkan kebutuhan Pelayanan Kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan, dan termasuk untuk kebutuhan wahana pendidikan. Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat membantu pemenuhan sumber daya manusia untuk pembangunan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut di daerah.

c. Upaya Kesehatan Masyarakat

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menyelenggarakan Upaya Kesehatan masyarakat. Masyarakat dapat menyelenggarakan Upaya Kesehatan masyarakat bekerja sama dengan Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat

bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan Upaya Kesehatan masyarakat. Upaya Kesehatan masyarakat diselenggarakan melalui Pelayanan Kesehatan masyarakat primer, Pelayanan Kesehatan masyarakat sekunder, dan Pelayanan Kesehatan masyarakat tersier.

Pemerintah daerah kabupaten/kota menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer paling sedikit melalui edukasi, surveilans kesehatan, imunisasi, dan skrining penyakit, pemantauan tumbuh kembang, serta pelaksanaan program pemerintah yang berhubungan dengan prioritas pembangunan Kesehatan. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer didelegasikan kepada Puskesmas dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lainnya. Puskesmas dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lainnya menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer secara terintegrasi yang didukung dengan teknologi informasi dan komunikasi. Puskesmas sebagai koordinator penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat primer. Pemerintah daerah kabupaten/kota dan/atau Pemerintah Daerah provinsi menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan masyarakat sekunder Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat sekunder oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui perencanaan, pengelolaan, dan monitoring dan evaluasi program; pengelolaan dan distribusi Sumber Daya Kesehatan di tingkat kabupaten/kota; pemberian fasilitas dalam bentuk pendanaan, sarana, teknologi, dan sumber daya manusia Kesehatan; dan intervensi Pelayanan Kesehatan masyarakat yang tidak dapat dilakukan oleh Puskesmas.

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat sekunder oleh Pemerintah Daerah provinsi dilakukan melalui perencanaan, pengelolaan, monitoring dan evaluasi program; pengelolaan dan distribusi Sumber Daya Kesehatan di tingkat provinsi; pemberian

fasilitas dalam bentuk pendanaan, sarana, teknologi, dan sumber daya manusia Kesehatan; dan koordinasi dan supervisi Pelayanan Kesehatan masyarakat lintas kabupaten/kota di dalam wilayah provinsi.

Pemerintah Daerah provinsi menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan masyarakat tersier. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat tersier dilakukan melalui pemberian fasilitas dalam bentuk pendanaan, sarana, teknologi, dan sumber daya manusia Kesehatan; penanggulangan Wabah dan bencana; penelitian dan pengembangan Kesehatan; dan asistensi teknis pelaksanaan Pelayanan Kesehatan masyarakat. Penelitian dan pengembangan Kesehatan dapat diselenggarakan bekerja sama dengan institusi pendidikan dan institusi penelitian. Pemerintah Pusat dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masyarakat bertanggung jawab untuk perencanaan strategis nasional, penetapan kebijakan nasional, penetapan standar mutu, perencanaan dan penetapan prioritas riset Pelayanan Kesehatan masyarakat secara nasional, penelitian dan pengembangan Kesehatan, dan penyediaan Sumber Daya Kesehatan yang bersifat strategis.

d. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat

Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat merupakan wahana pemberdayaan masyarakat bidang Kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dan dapat difasilitasi oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dengan melibatkan sektor lain yang terkait. Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dapat berupa pos pelayanan terpadu. Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat dalam rangka menciptakan kemandirian

masyarakat dalam mengorganisasikan penyelesaian masalah Kesehatan. Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dilaksanakan oleh kader, tenaga pendamping, dan/atau masyarakat. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat dapat didahului dengan bimbingan teknis oleh tenaga pendamping yang difasilitasi oleh Pemerintah Daerah dan/atau Puskesmas.

Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat, Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dapat memberikan penghargaan dan/atau insentif kepada kader, tenaga pendamping, dan/atau masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab membuka akses informasi dan dialog, menyiapkan masyarakat melalui pembekalan pengetahuan dan keterampilan, dukungan sumber daya untuk membangun kemandirian dalam Upaya Kesehatan, dan mendorong terbentuknya Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat.

e. Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau disabilitas yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Kesehatan reproduksi meliputi saat sebelum hamil, hamil, melahirkan, dan sesudah melahirkan; Pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi, dan kesehatan seksual; dan kesehatan sistem reproduksi. Setiap Orang berhak menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah; menentukan kehidupannya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan, yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama; menentukan sendiri kapan dan

berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama; dan memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan Kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana. Setiap Pelayanan Kesehatan reproduksi yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif, termasuk reproduksi dengan bantuan dilakukan secara aman dan sehat dengan memperhatikan aspek-aspek yang khas, khususnya reproduksi perempuan. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan reproduksi dilakukan dengan tidak bertentangan dengan nilai agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai kesehatan reproduksi diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Setiap Orang dilarang melakukan aborsi. Larangan dapat dikecualikan berdasarkan indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat, dan/atau cacat bawaan, atau yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan; atau kehamilan akibat perkosaan. Aborsi yang dapat dikecualikan hanya dapat dilakukan sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis; oleh Tenaga Medis yang memiliki kompetensi dan kewenangan; dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan; dengan izin suami, kecuali korban perkosaan; dan penyedia layanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Aborsi hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling dan/atau penasihatan pratindakan dan diakhiri dengan

konseling pascatindakan yang dilakukan oleh konselor yang kompeten dan berwenang.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah wajib melindungi dan mencegah perempuan dari tindakan aborsi yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab serta bertentangan dengan norma agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai aborsi diatur dalam Peraturan Pemerintah.

f. Keluarga Berencana

Pelayanan Kesehatan dalam keluarga berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Sumber Daya Kesehatan yang diperlukan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat. Ketentuan mengenai pelayanan keluarga berencana dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

g. Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak, Remaja, dan Lanjut Usia

1) Kesehatan Ibu

Upaya Kesehatan ibu harus ditujukan untuk menjaga Kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Upaya Kesehatan ibu meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan Sumber Daya Kesehatan yang diperlukan dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan ibu secara aman, bermutu, dan terjangkau. Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan ibu diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Upaya kehamilan di luar cara alamiah hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah dengan ketentuan hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal; dilakukan oleh Tenaga Medis yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu; dan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tertentu. Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan kehamilan di luar cara alamiah diatur dalam Peraturan Pemerintah.

2) Kesehatan Bayi dan Anak

Setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis. Selama pemberian air susu ibu, pihak keluarga, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat wajib mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus. Penyediaan fasilitas khusus diadakan di tempat kerja dan tempat sarana umum. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu eksklusif. Ketentuan lebih lanjut mengenai air susu ibu eksklusif diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Setiap bayi dan anak berhak memperoleh imunisasi untuk memberikan perlindungan dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian imunisasi dan jenis imunisasi diatur dengan Peraturan Menteri.

Upaya pemeliharaan Kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka

kesakitan dan kematian bayi dan anak. Upaya pemeliharaan Kesehatan bayi dan anak dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun. Upaya pemeliharaan Kesehatan bayi dan anak menjadi tanggung jawab dan kewajiban bersama bagi orang tua, keluarga, masyarakat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Pusat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah harus menjamin setiap anak yang dilahirkan mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar agar dapat hidup, tumbuh dan berkembang secara optimal.

Setiap bayi dan anak berhak terlindungi dan terhindar dari segala bentuk diskriminasi dan tindak kekerasan yang dapat mengganggu Kesehatan bayi dan anak. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkewajiban menjamin terselenggaranya perlindungan bayi dan anak dan menyediakan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Pemerintah Pusat menetapkan standar dan/atau kriteria Kesehatan bayi dan anak. Standar dan/atau kriteria diselenggarakan sesuai dengan pertimbangan moral, nilai sosial budaya, dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyediakan tempat dan sarana lain yang diperlukan untuk bermain anak yang memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara optimal serta mampu bersosialisasi secara sehat. Tempat bermain dan sarana lain yang diperlukan dilengkapi sarana perlindungan terhadap risiko Kesehatan agar tidak membahayakan Kesehatan anak.

3) Kesehatan Remaja

Upaya pemeliharaan Kesehatan remaja ditujukan untuk mempersiapkan menjadi orang dewasa yang sehat dan

produktif. Upaya pemeliharaan Kesehatan remaja termasuk untuk Kesehatan reproduksi remaja dilakukan agar terbebas dari berbagai gangguan Kesehatan yang dapat menghambat kemampuan menjalani kehidupan reproduksi secara sehat. Upaya pemeliharaan Kesehatan remaja dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab melakukan pembinaan dan menjamin agar anak usia sekolah dan remaja dapat memperoleh edukasi, informasi, dan pelayanan mengenai Kesehatan remaja agar mampu hidup sehat dan bertanggung jawab.

Tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dilaksanakan sesuai dengan pertimbangan moral, nilai sosial budaya, dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pembinaan anak usia sekolah dan remaja harus ditujukan untuk menyiapkan anak usia sekolah dan remaja menjadi orang dewasa yang sehat, cerdas dan produktif.

4) Kesehatan Lanjut Usia

Upaya pemeliharaan Kesehatan bagi lanjut usia ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif sesuai dengan martabat kemanusiaan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menjamin ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif. Upaya pemeliharaan Kesehatan bagi lanjut usia dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

h. Kesehatan Penyandang Disabilitas

Upaya pemeliharaan Kesehatan penyandang disabilitas ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat, produktif, dan

bermartabat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menjamin hak penyandang disabilitas untuk memperoleh aksesibilitas atas Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta memperoleh kesamaan dan kesempatan mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Upaya pemeliharaan Kesehatan bagi penyandang disabilitas dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

h. Mutu Gizi

Upaya pemenuhan gizi masyarakat ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perorangan dan masyarakat. Peningkatan mutu gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang, perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan Kesehatan; peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin tersedianya bahan makanan yang mempunyai nilai gizi tinggi secara merata dan terjangkau. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menjaga agar bahan makanan memenuhi standar mutu gizi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Penyediaan bahan makanan yang mempunyai nilai gizi dilakukan secara lintas sektor dan antarprovinsi, antarkabupaten atau antarkota.

Upaya pemenuhan gizi dilakukan pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dengan prioritas kepada bayi dan balita; remaja perempuan; dan ibu hamil dan menyusui. Pemerintah Pusat bertanggung jawab menetapkan standar angka kecukupan gizi dan standar pelayanan gizi pada berbagai tingkat pelayanan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas pemenuhan kecukupan gizi pada keluarga miskin dan dalam situasi darurat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap pendidikan dan informasi yang benar tentang gizi kepada masyarakat. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat melakukan upaya bersama untuk mencapai status gizi yang baik.

Upaya perbaikan gizi dilakukan melalui surveilans gizi, pendidikan gizi, tata laksana gizi, dan suplementasi gizi. Surveilans gizi merupakan kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap masalah gizi dan indikator pembinaan gizi agar dapat dilakukan respon dan penanggulangan secara efektif dan efisien terhadap masalah gizi. Pendidikan gizi melalui komunikasi, informasi, dan edukasi dalam rangka menerapkan perilaku gizi seimbang. Tata laksana gizi merupakan rangkaian tindakan yang bertujuan untuk perbaikan atau pemulihan pada gagal tumbuh, berat badan kurang, gizi kurang, gizi buruk, stunting, gizi berlebih, dan defisiensi mikronutrien serta masalah gizi akibat penyakit. Suplementasi ditujukan untuk memenuhi kecukupan gizi masyarakat dengan prioritas pada bayi dan balita, anak sekolah, ibu hamil, ibu nifas, remaja perempuan, dan pekerja wanita.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab melakukan intervensi dalam rangka upaya pemenuhan perbaikan gizi. Intervensi dilakukan melalui koordinasi, sinergi, dan sinkronisasi antara kementerian/lembaga, Pemerintah Daerah, pemerintah desa, dan pemangku kepentingan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi dan pengaruhnya terhadap peningkatan status gizi.

i. Pelayanan Darah

Pelayanan darah merupakan Upaya Kesehatan yang memanfaatkan darah manusia sebagai bahan dasar dengan tujuan kemanusiaan dan tidak untuk tujuan komersial. Darah diperoleh dari pendonor darah sukarela yang sehat dan memenuhi kriteria seleksi pendonor dengan mengutamakan Kesehatan pendonor. Darah yang diperoleh dari pendonor darah sukarela sebelum digunakan untuk pelayanan darah harus dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk menjaga mutu dan keamanan darah. Penyelenggaraan donor darah dan pengolahan darah dilakukan oleh unit transfusi darah. Unit transfusi darah dapat diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan/atau organisasi masyarakat yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan.

Pelayanan transfusi darah meliputi perencanaan, pengerahan pendonor darah, penyediaan, pendistribusian darah, dan tindakan medis pemberian darah kepada Pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan Kesehatan. Pelaksanaan pelayanan transfusi darah dilakukan dengan menjaga keselamatan dan Kesehatan penerima darah, Tenaga Medis, dan Tenaga Kesehatan dari penularan penyakit melalui transfusi darah. Standar dan persyaratan pengelolaan darah untuk pelayanan transfusi darah ditetapkan oleh Menteri.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas pelaksanaan pelayanan darah yang aman, mudah diakses, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin pembiayaan dalam penyelenggaraan pelayanan darah. Darah dilarang diperjualbelikan dengan alasan apapun. Komponen darah dapat digunakan untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan Kesehatan melalui proses pengolahan dan produksi. Pengumpulan darah untuk kepentingan pengolahan dan

produksi, termasuk industri fraksinasi plasma dapat dilakukan dengan persetujuan pendonor. Pemerintah Pusat menetapkan biaya proses pengolahan darah. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan darah diatur dengan Peraturan Pemerintah.

j. Kesehatan Gigi dan Mulut

Pelayanan Kesehatan gigi dan mulut dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilakukan dalam bentuk peningkatan Kesehatan gigi, pencegahan penyakit gigi, pengobatan penyakit gigi, dan pemulihan Kesehatan gigi. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Pelayanan Kesehatan gigi dan mulut dilaksanakan melalui unit Pelayanan Kesehatan gigi dan/atau usaha Kesehatan sekolah.

k. Transplantasi Organ dan/atau Jaringan Tubuh, Terapi Berbasis Sel Punca dan Sel, Implan Obat dan/atau Alat Kesehatan, dan Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika

1) Ketentuan Umum

Dalam rangka penyembuhan penyakit dan pemulihan Kesehatan dapat dilakukan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, terapi berbasis sel punca dan sel, implan Obat dan/atau Alat Kesehatan, dan bedah plastik rekonstruksi dan estetika.

2) Transplantasi Organ dan/atau Jaringan Tubuh

Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh dilakukan untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan Kesehatan. Organ dan/atau jaringan tubuh dilarang dikomersialkan atau diperjualbelikan. Pendonor pada transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh terdiri atas: pendonor hidup; dan pendonor mati batang otak. Pendonor hidup merupakan pendonor yang organ dan/atau

jaringannya diambil pada saat yang bersangkutan masih hidup atas persetujuan yang bersangkutan; dan pendonor yang semasa hidupnya menyatakan akan mendonorkan organ dan/atau jaringannya ketika yang bersangkutan sudah mati. Pendonor tidak memerlukan persetujuan keluarga.

Pendonor mati batang otak merupakan pendonor yang organ dan/atau jaringannya diambil pada saat yang bersangkutan telah dinyatakan mati batang otak oleh Tenaga Medis di Rumah Sakit. Pengambilan organ dan/atau jaringan dilakukan dengan persetujuan keluarga.

Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh merupakan tindakan pemindahan organ dan/atau jaringan tubuh dari pendonor kepada resipien sesuai kebutuhan medis. Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Medis yang mempunyai keahlian dan kewenangan. Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri. Seseorang dinyatakan mati apabila fungsi sistem jantung-sirkulasi dan sistem pernafasan terbukti telah berhenti secara permanen, atau apabila kematian batang otak telah dapat dibuktikan.

Setiap orang berhak menjadi resipien transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh. Resipien transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh dilakukan berdasarkan kedaruratan medis dan/atau keberlangsungan hidup. Penetapan kedaruratan medis dan/atau keberlangsungan hidup dilakukan secara adil, transparan, dan bertanggung jawab. Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh dari pendonor hidup harus memperhatikan Kesehatan pendonor yang bersangkutan. Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh dilakukan melalui kegiatan:

- a) pendaftaran calon pendonor dan calon resipien di bank organ dan/atau jaringan melalui Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- b) pemeriksaan kelayakan calon pendonor dilihat dari segi kesehatan, psikologis, dan sosio yuridis;
- c) pemeriksaan kecocokan antara pendonor dan resipien organ dan/atau jaringan tubuh; dan
- d) operasi transplantasi dan penanganan pascaoperasi transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh.

Menteri berwenang mengelola pelayanan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh. Kewenangan pengelolaan dilakukan dengan membentuk sistem informasi transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh; sosialisasi dan peningkatan peran serta masyarakat sebagai pendonor organ dan/atau jaringan tubuh demi kepentingan kemanusiaan dan pemulihan Kesehatan; pengelolaan data pendonor dan resipien organ dan/atau jaringan tubuh; dan pendidikan dan penelitian yang menunjang kegiatan pelayanan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh. Dalam melaksanakan pengelolaan, Menteri bekerjasama dengan kementerian/lembaga terkait dan Pemerintah Daerah.

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan/atau resipien dapat memberikan penghargaan kepada pendonor transplantasi organ. Penghargaan diberikan kepada pendonor dan/atau ahli waris pendonor. Untuk mendukung pelaksanaan peningkatan upaya transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, Presiden membentuk komite transplantasi. Komite transplantasi bertanggung jawab kepada Presiden melalui Menteri. Keanggotaan komite transplantasi terdiri dari 19 (sembilan belas) orang yang berasal dari unsur:

- a) 2 (dua) orang yang berasal dari kementerian yang membidangi urusan pemerintahan di bidang kesehatan;

- b) 12 (dua belas) orang yang berasal dari perwakilan organisasi perhimpunan praktik layanan profesi Tenaga Medis yang terkait;
- c) 2 (dua) orang yang berasal dari perwakilan Rumah Sakit yang dapat melaksanakan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh; dan
- d) 3 (tiga) orang yang berasal dari tokoh masyarakat, tokoh agama, dan pegiat perlindungan konsumen di bidang kesehatan.

Masa tugas keanggotaan komite transplantasi berlaku selama 3 (tiga) tahun dan dapat diperpanjang 1 (satu) kali. Ketentuan lebih lanjut mengenai komite transplantasi diatur dalam Peraturan Presiden. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh diatur dengan Peraturan Pemerintah.

3) Terapi Berbasis Sel dan/atau Sel Punca

Terapi berbasis sel dan/atau sel punca yang berasal dari manusia atau hewan dapat dilakukan apabila terbukti keamanan dan kemanfaatannya. Terapi berbasis sel dan/atau sel punca) dilakukan untuk penyembuhan penyakit dan pemulihan Kesehatan. Terapi berbasis sel dan/atau sel punca untuk reproduksi. Sel punca tidak boleh berasal dari sel punca embrionik. Ketentuan lebih lanjut mengenai terapi berbasis sel dan/atau sel punca diatur dalam Peraturan Pemerintah.

4) Implan Obat dan/atau Alat Kesehatan

Pemasangan implan Obat dan/atau Alat Kesehatan ke dalam tubuh manusia hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Medis yang mempunyai keahlian dan kewenangan serta dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Ketentuan mengenai syarat dan tata cara penyelenggaraan pemasangan

implan Obat dan/atau Alat Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.

5) Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika

Bedah plastik rekonstruksi dan estetika hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Medis yang mempunyai keahlian dan kewenangan. Bedah plastik rekonstruksi dan estetika tidak boleh bertentangan dengan norma yang berlaku dalam masyarakat dan tidak ditujukan untuk mengubah identitas. Ketentuan mengenai syarat dan tata cara bedah plastik rekonstruksi dan estetika ditetapkan dengan Peraturan Menteri.

1. Pelayanan Kedokteran untuk Kepentingan Hukum

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum. Penyelenggaraan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum ditujukan untuk memperoleh fakta dan temuan yang dapat digunakan sebagai dasar dalam memberikan keterangan ahli. Penyelenggaraan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum dilakukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memenuhi persyaratan. Permintaan dan tata cara pemberian pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum terdiri atas: pelayanan kedokteran terhadap orang hidup; dan pelayanan kedokteran terhadap orang mati.

Pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum terhadap orang hidup ditujukan untuk mengetahui keadaan dan sifat kecederaan, penyebab kecederaan, adanya kekerasan/hubungan seksual, dampak terhadap Kesehatan baik fisik maupun jiwa, kecakapan hukum seseorang, dan temuan lain yang

berhubungan dengan tindak pidana dan pelakunya. Pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum terhadap orang mati dilakukan terhadap mayat yang kematiannya diduga merupakan akibat atau berhubungan dengan suatu tindak pidana atau kepentingan hukum lainnya.

Dalam rangka melakukan pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum dapat dilakukan bedah mayat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dan/atau pemeriksaan laboratorium dan pencitraan pascakematian (*virtual autopsy*). Pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum dilakukan oleh Tenaga Medis sesuai dengan keahlian dan kewenangannya. Untuk kepentingan penegakan hukum dan administratif kependudukan, setiap orang yang mati harus diupayakan untuk diketahui sebab kematian dan identitasnya.

Dalam rangka upaya penentuan sebab kematian seseorang dapat dilakukan audit kematian termasuk autopsi verbal, bedah mayat klinis, dan/atau pemeriksaan laboratorium dan pencitraan pascakematian (*virtual autopsy*). Pelaksanaan bedah mayat klinis atau pemeriksaan laboratorium dan pencitraan pascakematian (*virtual autopsy*) harus dilakukan dengan persetujuan keluarga. Dalam rangka upaya penentuan identitas harus dilakukan upaya identifikasi mayat sesuai dengan standar. Dalam hal jasad orang yang mati tidak diketahui identitas diri dan keluarganya, pelaksanaan upaya penentuan sebab kematian dapat dilakukan kegiatan penelitian, pendidikan dan pelatihan, termasuk bedah mayat anatomis secara terpadu.

Tindakan bedah mayat oleh Tenaga medis harus dilakukan sesuai dengan norma sosial budaya, norma kesusilaan, dan etika profesi. Biaya pemeriksaan Kesehatan terhadap korban tindak pidana dan/atau pemeriksaan mayat untuk kepentingan hukum ditanggung oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melalui anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah. Ketentuan lebih lanjut mengenai

pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum diatur dalam Peraturan Pemerintah.

m. Bedah Mayat

Pelaksanaan bedah mayat juga dapat dilakukan untuk kepentingan pendidikan dalam bentuk bedah mayat anatomis. Bedah mayat anatomis dilakukan terhadap mayat yang tidak dikenal atau mayat yang tidak diurus oleh keluarganya; mayat yang semasa hidupnya telah memberikan persetujuan tertulis; atau mayat yang telah disetujui tertulis oleh keluarganya atau yang mewakili. Bedah mayat klinis ditujukan untuk menegakkan diagnosis dan/atau menyimpulkan penyebab kematian. Bedah mayat klinis dilakukan atas persetujuan tertulis pasien semasa hidupnya atau persetujuan tertulis keluarga terdekat pasien.

Dalam hal pasien diduga meninggal akibat penyakit yang membahayakan masyarakat dan bedah mayat klinis mutlak diperlukan untuk menegakkan diagnosis dan/atau penyebab kematiannya, tidak diperlukan persetujuan. Untuk kepentingan pendidikan di bidang ilmu kedokteran dan biomedik dapat dilakukan bedah mayat anatomis di rumah sakit pendidikan atau di institusi pendidikan kedokteran. Mayat harus telah diawetkan, dipublikasikan untuk dicarikan keluarganya, dan disimpan paling lama 1 (satu) bulan sejak kematiannya. Ketentuan lebih lanjut mengenai bedah mayat anatomis diatur dalam Peraturan Pemerintah.

n. Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Gangguan Pendengaran

Penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran merupakan semua kegiatan yang dilakukan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif. Penyelenggaraan kegiatan menjadi tanggung jawab

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Ketentuan lebih lanjut mengenai penanggulangan gangguan penglihatan dan pendengaran diatur dengan atau berdasarkan Peraturan Pemerintah.

o. Upaya Kesehatan Jiwa

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menciptakan kondisi Kesehatan jiwa yang setinggi-tingginya dan menjamin ketersediaan, aksesibilitas, mutu, dan pemerataan Upaya Kesehatan jiwa. Upaya Kesehatan jiwa meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya Kesehatan jiwa diselenggarakan agar Setiap Orang mencapai Kesehatan jiwa yang menjamin perkembangan fisik, mental, spiritual, dan sosialnya sehingga dapat menyadari kemampuan sendiri, mampu mengatasi tekanan, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bersama masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Upaya Kesehatan Jiwa. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkewajiban untuk mengembangkan Upaya Kesehatan jiwa berbasis masyarakat sebagai bagian dari Upaya Kesehatan jiwa keseluruhan, termasuk mempermudah akses masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan jiwa.

Upaya Kesehatan Jiwa diselenggarakan untuk menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu Kesehatan Jiwa; menjamin setiap orang dapat mengembangkan berbagai potensi kecerdasan; memberikan perlindungan dan menjamin pelayanan Kesehatan Jiwa bagi orang dengan masalah kejiwaan dan orang dengan gangguan jiwa berdasarkan hak asasi manusia; memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif,

preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi orang dengan masalah kejiwaan dan orang dengan gangguan jiwa; menjamin ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya dalam Upaya Kesehatan Jiwa; meningkatkan mutu Upaya Kesehatan Jiwa sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; dan memberikan kesempatan kepada orang dengan masalah kejiwaan dan orang dengan gangguan jiwa untuk dapat memperoleh haknya sebagai Warga Negara Indonesia.

Kesehatan Jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Masyarakat berhak mendapatkan informasi dan edukasi yang benar mengenai Kesehatan jiwa. Hak ditujukan untuk mencegah terjadinya risiko masalah kejiwaan atau gangguan jiwa, serta mencegah terjadinya pelanggaran hak asasi seseorang yang mengalami masalah kejiwaan atau gangguan jiwa. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyediakan layanan informasi dan edukasi tentang Kesehatan jiwa.

Upaya Kesehatan Jiwa dilaksanakan oleh Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan tenaga lain yang memiliki keahlian dan kewenangan dengan tetap menghormati hak asasi Pasien. Upaya Kesehatan Jiwa dilaksanakan di fasilitas pelayanan di bidang kesehatan jiwa yang memenuhi syarat dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Fasilitas pelayanan di bidang Kesehatan jiwa meliputi Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan Fasilitas Pelayanan di luar sektor Kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat. Fasilitas pelayanan di luar sektor Kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat dapat menyelenggarakan upaya perawatan orang dengan gangguan jiwa dengan cara bekerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang ada di wilayahnya. Fasilitas Pelayanan di luar sektor

Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan berbasis masyarakat wajib memiliki izin dan memenuhi persyaratan keamanan, keselamatan, kenyamanan, dan kemudahan-

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk melakukan pengawasan terhadap fasilitas pelayanan di luar sektor Kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat. Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan, persyaratan, dan pengawasan fasilitas pelayanan di luar sektor Kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Penatalaksanaan orang dengan gangguan jiwa yang dilakukan secara rawat inap harus mendapatkan persetujuan tindakan secara tertulis dari orang dengan gangguan jiwa yang bersangkutan. Dalam hal orang dengan gangguan jiwa dianggap tidak cakap dalam membuat keputusan, persetujuan tindakan dapat diberikan oleh Suami atau istri; orang tua; anak atau saudara sekandung yang paling sedikit berusia 18 (delapan belas) tahun; wali atau pengampu; atau pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam hal orang dengan gangguan jiwa dianggap tidak cakap dan pihak yang memberikan persetujuan tindakan tidak ada, tindakan medis yang ditujukan untuk mengatasi kondisi kedaruratan dapat diberikan tanpa persetujuan. Penentuan kecakapan orang dengan gangguan jiwa dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran jiwa atau dokter yang memberikan layanan medis saat itu. Orang dengan gangguan jiwa yang telah dilakukan penyembuhan berhak menentukan tindakan medis yang akan dilakukannya.

Penatalaksanaan terhadap orang dengan gangguan jiwa dengan cara lain di luar penatalaksanaan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan hanya dapat dilakukan apabila manfaat dan keamanannya dapat dipertanggungjawabkan serta tidak bertentangan dengan norma sosial budaya. Penatalaksanaan terhadap orang dengan gangguan jiwa dibina dan diawasi oleh

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah agar manfaat dan keamanannya dapat dipertanggungjawabkan.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab melakukan penanganan terhadap orang dengan gangguan jiwa yang terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum.

Orang dengan gangguan jiwa mempunyai hak yang sama sebagai warga negara. Hak meliputi persamaan perlakuan dalam setiap aspek kehidupan, kecuali peraturan perundang-undangan menyatakan lain. Setiap orang dilarang melakukan pemasungan, penelantaran, kekerasan, dan/atau menyuruh orang lain untuk melakukan pemasungan, penelantaran, dan/atau kekerasan terhadap penderita gangguan jiwa atau tindakan lainnya yang melanggar hak asasi penderita gangguan jiwa. Untuk kepentingan penegakan hukum, seseorang diduga orang dengan gangguan jiwa yang melakukan tindak pidana harus mendapatkan pemeriksaan Kesehatan jiwa. Pemeriksaan Kesehatan jiwa dilakukan untuk menentukan kemampuan seseorang dalam mempertanggungjawabkan tindak pidana yang telah dilakukannya; dan/atau menentukan kecakapan hukum seseorang untuk menjalani proses peradilan.

Untuk kepentingan keperdataan, seseorang yang diduga kehilangan kecakapan untuk melakukan perbuatan hukum harus mendapatkan pemeriksaan Kesehatan jiwa. Prosedur penentuan kecakapan untuk melakukan perbuatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemeriksaan Kesehatan jiwa untuk kepentingan hukum dilakukan oleh tim. Tim diketuai oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dan dapat melibatkan dokter spesialis lain, dokter umum, dan/atau psikolog klinis. Ketentuan lebih lanjut mengenai pedoman pemeriksaan Kesehatan jiwa untuk kepentingan hukum diatur dalam Peraturan Menteri.

Untuk melaksanakan pekerjaan tertentu atau menduduki jabatan tertentu, wajib dilakukan pemeriksaan Kesehatan jiwa. Pemeriksaan Kesehatan jiwa harus dilakukan sebelum melaksanakan pekerjaan tertentu atau menduduki jabatan tertentu sesuai kebutuhan. Dalam hal diperlukan, pemeriksaan Kesehatan jiwa dapat dilakukan selama dan sesudah melaksanakan pekerjaan tertentu atau menduduki jabatan tertentu sesuai kebutuhan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pedoman pemeriksaan Kesehatan jiwa untuk kepentingan pekerjaan atau jabatan tertentu diatur dalam Peraturan Menteri. Pemerintah Pusat bertanggung jawab menyediakan Rumah Sakit dengan pelayanan Kesehatan jiwa yang berfungsi sebagai pusat rujukan pelayanan Kesehatan jiwa nasional. Pemerintah Daerah provinsi bertanggung jawab menyediakan Rumah Sakit dengan unggulan Pelayanan Kesehatan jiwa. Pemerintah Pusat dapat membantu Pemerintah Daerah provinsi dalam mendirikan Rumah Sakit dengan pelayanan Kesehatan jiwa.

Setiap Rumah Sakit dengan pelayanan Kesehatan jiwa wajib menyediakan layanan untuk Pasien narkotika, psikotropika, dan zat adiktif. Setiap Rumah Sakit dengan pelayanan Kesehatan jiwa wajib menyediakan ruangan khusus untuk anak, wanita, dan lanjut usia. Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan jiwa diatur dalam Peraturan Pemerintah.

p. Penanggulangan Penyakit Menular dan Tidak Menular

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab melakukan penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular. Penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular dilakukan melalui Upaya Kesehatan perorangan dan Upaya Kesehatan masyarakat yang dilaksanakan secara terkoordinasi, terpadu, dan berkesinambungan. Dalam hal kejadian penyakit menular dan penyakit tidak menular tertentu menjadi permasalahan

kesehatan masyarakat, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menetapkan program penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular tertentu sebagai prioritas nasional atau daerah. Pemerintah Daerah dalam menetapkan program penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular tertentu sebagai prioritas daerah harus berpedoman pada kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Program penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular tertentu harus didukung dengan pengelolaan yang meliputi penetapan target dan strategi penanggulangan, dan penyediaan sumber daya yang diperlukan. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah bersama masyarakat dan pemangku kepentingan terkait bertanggung jawab untuk melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang faktor risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular kepada masyarakat berisiko.

Dalam hal penyakit menular dan penyakit tidak menular berpotensi KLB, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat wajib melakukan upaya penanggulangan KLB. Upaya penanggulangan KLB meliputi: penyelidikan epidemiologis, pelaksanaan surveilans, pemusnahan penyebab KLB, pencegahan dan pengendalian, promosi kesehatan, komunikasi risiko, penatalaksanaan kasus/penderita, penanganan jenazah akibat KLB, dan upaya penanggulangan lainnya yang diperlukan sesuai dengan penyebab KLB.

1) Penanggulangan Penyakit Menular

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab melakukan penanggulangan penyakit menular melalui kegiatan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya. Penanggulangan penyakit menular dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat, dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi

dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular. Kegiatan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular dilaksanakan dengan berbasis wilayah. Dalam pelaksanaan kegiatan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular, Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan yang berwenang dapat memeriksa tempat-tempat yang dicurigai berkembangnya vektor dan sumber penyakit lain. Dalam melaksanakan kegiatan pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat melakukan kerja sama dengan negara lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam hal terdapat kejadian ikutan pasca pemberian obat pencegahan massal dan imunisasi dalam penanggulangan penyakit menular pembiayaan yang timbul menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan/atau sumber pembiayaan lain. Pembiayaan meliputi audit kausalitas, pelayanan kesehatan, dan santunan terhadap korban.

Masyarakat termasuk penderita penyakit menular wajib melakukan pencegahan penyebaran penyakit menular melalui perilaku hidup bersih dan sehat, pengendalian faktor risiko Kesehatan dan upaya pencegahan penyebaran penyakit menular lainnya. Pencegahan penularan penyakit menular dilakukan secara terencana, terkoordinasi, dan terpadu. Ketentuan lebih lanjut mengenai penanggulangan penyakit menular diatur dalam Peraturan Pemerintah.

2) Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat melakukan penanggulangan penyakit tidak menular melalui kegiatan pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkannya. Penanggulangan penyakit tidak menular dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan berperilaku

sehat dan mencegah terjadinya penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkan, menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas, dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit tidak menular.

Penanggulangan penyakit tidak menular didukung dengan kegiatan surveilans faktor risiko, registri penyakit, dan surveilans kematian. Kegiatan bertujuan memperoleh informasi yang esensial serta dapat digunakan untuk pengambilan keputusan dalam upaya penanggulangan penyakit tidak menular. Kegiatan dilakukan melalui kerja sama lintas sektor, pemangku kepentingan terkait, dan masyarakat, serta dengan membentuk jejaring, baik nasional maupun internasional. Ketentuan lebih lanjut mengenai penanggulangan penyakit tidak menular diatur dalam Peraturan Pemerintah.

q. Kesehatan Sekolah

Kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi peserta didik, pendidik, dan tenaga kependidikan dalam rangka mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas, serta mewujudkan lingkungan sekolah yang sehat. Kesehatan sekolah diselenggarakan pada satuan pendidikan formal dan nonformal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kesehatan sekolah dilaksanakan melalui: pendidikan Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat.

Dalam rangka pelaksanaan kesehatan sekolah dapat didukung dengan sarana dan prasarana Kesehatan sekolah. Kesehatan sekolah dilakukan oleh tenaga pendidik berkolaborasi dengan Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan pada Puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lain. Ketentuan lebih lanjut mengenai Kesehatan sekolah diatur dalam Peraturan Pemerintah.

r. Kesehatan Olahraga

Upaya Kesehatan olahraga ditujukan untuk meningkatkan derajat Kesehatan dan kebugaran jasmani masyarakat melalui aktifitas fisik, latihan fisik, dan/atau olahraga. Peningkatan derajat Kesehatan dan kebugaran jasmani masyarakat merupakan upaya dasar dalam meningkatkan prestasi belajar, kerja, dan olahraga. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyelenggarakan Upaya Kesehatan olahraga yang didukung dengan penyediaan sumber daya yang dibutuhkan.

s. Kesehatan Lingkungan

Upaya Kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat secara fisik, kimia, biologi, dan sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat menjamin ketersediaan lingkungan yang sehat melalui penyelenggaraan Kesehatan lingkungan. Penyelenggaraan Kesehatan lingkungan dilakukan melalui upaya penyehatan, pengamanan, dan pengendalian. Upaya penyehatan, pengamanan, dan pengendalian dilaksanakan untuk memenuhi standar baku mutu Kesehatan lingkungan dan persyaratan Kesehatan pada media lingkungan. Kesehatan lingkungan diselenggarakan pada lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum.

Dalam rangka penyelenggaraan Kesehatan lingkungan, proses pengelolaan limbah medis yang berasal dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memenuhi persyaratan teknis yang ditetapkan oleh Menteri. Proses pengelolaan limbah medis yang berasal dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat

dilakukan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memenuhi persyaratan teknis, atau bekerja sama dengan pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai Kesehatan lingkungan diatur dalam atau berdasarkan Peraturan Pemerintah.

t. Kesehatan Kerja

Upaya Kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Upaya Kesehatan kerja dilakukan di tempat kerja pada sektor formal dan informal, serta di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Upaya Kesehatan kerja berlaku juga untuk pekerjaan di lingkungan mitra. Upaya Kesehatan kerja diselenggarakan sesuai dengan standar Kesehatan kerja yang ditetapkan oleh Menteri. Pengelola tempat kerja wajib menaati standar Kesehatan kerja dan menjamin lingkungan kerja yang sehat. Pengelola tempat kerja wajib bertanggung jawab atas kecelakaan kerja yang terjadi di lingkungan kerja, dan penyakit akibat kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemberi kerja wajib menjamin Kesehatan pekerja melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta wajib menanggung seluruh biaya pemeliharaan Kesehatan pekerjanya. Pekerja dan setiap orang yang berada di lingkungan tempat kerja wajib menciptakan dan menjaga lingkungan tempat kerja yang sehat dan menaati peraturan Kesehatan dan keselamatan kerja yang berlaku di tempat kerja. Pemberi kerja wajib menanggung biaya atas penyakit akibat kerja, gangguan kesehatan dan cedera akibat kerja yang diderita oleh pekerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Pusat dan

Pemerintah Daerah memberikan dorongan dan bantuan untuk perlindungan pekerja.

Dalam rangka pengadaan pegawai atau pekerja pada perusahaan/instansi harus dilakukan pemeriksaan Kesehatan baik fisik maupun jiwa, dan pemeriksaan psikologi. Hasil pemeriksaan kesehatan dan pemeriksaan psikologi digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam penetapan kelulusan dalam proses seleksi. Ketentuan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.,Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan kerja diatur dengan Peraturan Pemerintah.

u. Kesehatan Matra

Kesehatan matra sebagai bentuk khusus Upaya Kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya dalam lingkungan matra yang serba berubah di lingkungan darat, laut, dan udara. Kesehatan matra meliputi Kesehatan lapangan, Kesehatan kelautan dan bawah air, dan Kesehatan kedirgantaraan. Penyelenggaraan Kesehatan matra dilaksanakan sesuai dengan standar dan persyaratan. Ketentuan lebih lanjut mengenai Kesehatan matra diatur dengan Peraturan Menteri.

v. Pelayanan Kesehatan pada Bencana

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas, dan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan pada bencana. Pelayanan Kesehatan meliputi: Pelayanan kesiapsiagaan kesehatan pada prabencana, Pelayanan Kesehatan pada saat tanggap darurat bencana, dan Pelayanan Kesehatan pada pascabencana termasuk pemulihan fisik dan mental. Pelayanan Kesehatan pada saat tanggap darurat bencana

bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, dan memastikan pelayanan kesehatan esensial tetap berjalan sesuai dengan standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan. Pelayanan Kesehatan pada bencana melibatkan seluruh sumber daya manusia yang terlatih baik dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin pendanaan Pelayanan Kesehatan. Pendanaan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, bantuan masyarakat, atau sumber lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan pada bencana diatur dalam atau berdasarkan Peraturan Pemerintah.

Dalam keadaan darurat, setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana untuk penyelamatan nyawa, pencegahan kecacatan lebih lanjut, dan kepentingan terbaik bagi Pasien. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana dilarang menolak Pasien dan/atau meminta uang muka terlebih dahulu. Pemerintah menjamin perlindungan hukum bagi setiap orang dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana.

w. Pengamanan dan Penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga

Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT harus aman, berkhasiat/bermanfaat, halal, bermutu, dan terjangkau. Setiap orang yang tidak memiliki keahlian dan kewenangan dilarang mengadakan, memproduksi, menyimpan, mempromosikan, dan mengedarkan Sediaan Farmasi berupa obat dan bahan obat. Setiap orang yang tidak memiliki

keahlian dan kewenangan dilarang memproduksi, menyimpan, mengedarkan, dan mendistribusikan Alat Kesehatan. Ketentuan mengenai produksi, pengadaan, penyimpanan, produksi, promosi, peredaran, dan pelayanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT harus memenuhi standar dan persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkewajiban membina, mengatur, mengendalikan, dan mengawasi produksi, pengadaan, penyimpanan, promosi, dan peredaran Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT sesuai dengan kewenangannya.

Setiap orang yang memproduksi, mengadakan, menyimpan, mengedarkan, dan menggunakan Obat yang mengandung narkotika dan psikotropika wajib memenuhi standar dan/atau persyaratan tertentu. Penggunaan Obat yang mengandung narkotika dan psikotropika hanya dapat dilakukan berdasarkan resep Tenaga Medis dan dilarang untuk disalahgunakan. Ketentuan mengenai produksi, pengadaan, penyimpanan, peredaran, serta penggunaan Obat yang mengandung narkotika dan psikotropika dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pengamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan PKRT diselenggarakan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT yang tidak memenuhi persyaratan keamanan, khasiat/kemanfaatan, dan mutu. Penggunaan Obat dan Obat Bahan Alam harus dilakukan secara rasional. Penggunaan Alat Kesehatan harus dilakukan secara tepat guna. Penggunaan Obat, Obat Bahan Alam, dan Alat Kesehatan harus memperhatikan keselamatan Pasien. Sediaan Farmasi yang berupa Obat dan bahan baku Obat

harus memenuhi syarat farmakope Indonesia dan/atau standar lainnya. Sediaan Farmasi yang berupa Obat Tradisional harus memenuhi standar dan/atau persyaratan berupa farmakope herbal Indonesia dan/atau standar lainnya. Sediaan Farmasi yang berupa kosmetik harus memenuhi standar dan/atau persyaratan berupa kodeks kosmetik Indonesia dan/atau standar lainnya. Alat Kesehatan dan PKRT harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditentukan. Ketentuan mengenai standar dan/atau persyaratan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan ditetapkan oleh Menteri. Ketentuan mengenai standar dan/atau persyaratan untuk PKRT dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Setiap Orang yang memproduksi dan/atau mengedarkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT harus memenuhi perizinan berusaha dari Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT harus memenuhi ketentuan sebagai produk halal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat berwenang mencabut perizinan berusaha dan memerintahkan penarikan dari peredaran Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT yang telah memperoleh perizinan berusaha, yang terbukti tidak memenuhi persyaratan mutu, keamanan, dan/atau kemanfaatan. Perizinan berusaha tidak berlaku bagi usaha jamu gendong, usaha jamu racikan, dan fasilitas produksi obat penggunaan khusus. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT dapat disita dan dimusnahkan sesuai dengan ketentuan peraturan

perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan berusaha terkait Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan PKRT diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Praktik kefarmasian harus dilakukan oleh tenaga kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Praktik kefarmasian meliputi produksi termasuk pengendalian mutu, pengamanan, pengadaan, penyimpanan, dan pendistribusian Sediaan Farmasi, pengelolaan dan pelayanan kefarmasian, serta penelitian dan pengembangan kefarmasian. Ketentuan mengenai praktik/pekerjaan kefarmasian diatur dalam Peraturan Pemerintah.

x. Pengamanan Makanan dan Minuman

Setiap Orang yang memproduksi, mengolah, serta mendistribusikan makanan dan minuman yang dikonsumsi dan/atau makanan dan minuman hasil teknologi rekayasa genetik, harus memenuhi standar dan/atau persyaratan kesehatan guna menjamin keamanan, mutu dan gizi makanan dan minuman. Selain keharusan memenuhi standar dan/atau persyaratan, makanan dan minuman yang diproduksi, diolah, didistribusikan, dan dikonsumsi harus memenuhi ketentuan sebagai produk halal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Setiap Orang yang memproduksi dan mempromosikan produk makanan dan minuman dan/atau yang diperlakukan sebagai makanan dan minuman hasil olahan teknologi dilarang menggunakan kata-kata yang mengecoh dan/atau yang disertai klaim yang tidak dapat dibuktikan kebenarannya. Setiap Orang yang melanggar ketentuan

larangan dikenai sanksi administratif oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berupa perintah penarikan produk.

Makanan dan minuman untuk dikonsumsi masyarakat harus memenuhi standar dan/atau persyaratan Kesehatan. Makanan dan minuman hanya dapat diedarkan setelah memenuhi perizinan berusaha dari Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Makanan dan minuman yang tidak memenuhi ketentuan standar dan/atau persyaratan Kesehatan dilarang untuk diedarkan, didistribusikan, atau diperjualbelikan. Makanan dan minuman yang telah diedarkan, didistribusikan, atau diperjualbelikan, harus ditarik dan dimusnahkan. Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan berusaha terkait makanan dan minuman dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab mengatur dan mengawasi produksi, pengolahan, pendistribusian makanan dan minuman.

y. Pengamanan Zat Adiktif

Produksi, peredaran, dan penggunaan zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan. Zat adiktif meliputi semua bahan atau produk yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat. Zat adiktif dapat berupa: narkotika, psikotropika, minuman beralkohol, hasil tembakau, dan hasil pengolahan zat adiktif lainnya.

Produksi, peredaran, dan penggunaan zat adiktif dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Produksi, peredaran, dan penggunaan zat adiktif harus memenuhi standar dan/atau persyaratan Kesehatan. Hasil tembakau dapat berupa: sigaret, cerutu, rokok daun, tembakau iris, dan tembakau padat dan cair yang digunakan untuk rokok elektrik.

Hasil pengolahan zat adiktif lainnya dapat berwujud padat, cair, atau wujud lainnya yang tidak mengandung hasil tembakau. Hasil tembakau yang digunakan untuk kepentingan medis, herbal, farmasi, kosmetik, dan aromaterapi diperlakukan secara khusus. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengaturan khusus diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Setiap Orang yang memproduksi, memasukkan ke dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, dan/atau mengedarkan zat adiktif wajib mencantumkan peringatan Kesehatan. Kawasan tanpa rokok terdiri atas: Fasilitas Pelayanan Kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan. Pemerintah Daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya. Pengelola, penyelenggara, atau penanggungjawab tempat kerja, tempat umum, dan tempat lainnya yang ditetapkan wajib menyediakan tempat khusus untuk merokok. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan zat adiktif dalam bentuk hasil tembakau dan hasil pengolahan zat adiktif lainnya diatur dengan Peraturan Pemerintah.

z. Pelayanan Kesehatan Tradisional

Pelayanan Kesehatan tradisional berdasarkan cara pengobatannya dibagi: Pelayanan Kesehatan tradisional

yang menggunakan keterampilan, dan/atau Pelayanan Kesehatan tradisional yang menggunakan ramuan. Pelayanan Kesehatan tradisional dilakukan berdasarkan pengetahuan, keahlian, dan/atau nilai yang bersumber dari kearifan lokal. Pelayanan Kesehatan tradisional dibina dan diawasi oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma sosial budaya. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara dan jenis Pelayanan Kesehatan tradisional diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Setiap Orang yang melakukan Pelayanan Kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi wajib memenuhi perizinan berusaha dari Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan berusaha dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Masyarakat diberi kesempatan seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan, dan menggunakan Pelayanan Kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya. Pemerintah mengatur dan mengawasi Pelayanan Kesehatan tradisional dengan didasarkan pada keamanan, kepentingan, dan perlindungan masyarakat.

6. Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara umum:

Fasilitas Pelayanan Kesehatan memberikan Pelayanan Kesehatan berupa Pelayanan Kesehatan perorangan dan/atau Pelayanan Kesehatan masyarakat. Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi: Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat

pertama, Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan penunjang. Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdiri atas Fasilitas Pelayanan Kesehatan statis dan bergerak. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilaksanakan oleh pihak Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat. Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memenuhi perizinan berusaha dari Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan primer. Dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan, dapat dilakukan integrasi pelayanan antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Integrasi Pelayanan Kesehatan primer ditujukan untuk mendukung pelaksanaan program pemerintah terutama Pelayanan Kesehatan dalam bentuk promotif dan preventif. Integrasi Pelayanan Kesehatan perorangan primer dapat dilakukan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut yang meliputi pelayanan spesialisik dan/atau pelayanan subspecialistik. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penunjang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Penunjang dapat berdiri sendiri atau dapat bergabung dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Ketentuan lebih lanjut mengenai jenis dan penyelenggaraan Fasilitas Pelayanan Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat memberikan layanan Telekesehatan dan Telemedisin.

Layanan Telekesehatan dan Telemedisin yang diselenggarakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan meliputi layanan: antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan antara Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan masyarakat. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Layanan Telekesehatan dan Telemedisin dapat bekerjasama dengan Penyelenggara Sistem Elektronik yang terdaftar sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Layanan Telemedisin yang diberikan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang memiliki izin praktik. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan layanan Telekesehatan dan Telemedisin diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan akses yang luas bagi kebutuhan pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan di bidang Kesehatan; menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien; mengirimkan laporan hasil pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan kepada Pemerintah Pusat dengan tembusan kepada Pemerintah Daerah melalui Sistem Informasi Kesehatan; melakukan upaya pemanfaatan hasil pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan di bidang Kesehatan; dan mengintegrasikan pelayanan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan dalam suatu sistem sebagai upaya mengatasi permasalahan Kesehatan di daerah.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib membuat standar prosedur operasional mengacu pada standar Pelayanan Kesehatan. Dalam kondisi KLB atau Wabah, Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan Pelayanan Kesehatan dalam rangka upaya penanggulangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilarang mempekerjakan

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang tidak memiliki izin praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan/atau milik masyarakat wajib memberikan Pelayanan Kesehatan bagi seseorang yang berada dalam kondisi gawat darurat untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu. Dalam kondisi gawat darurat Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan/atau milik masyarakat dilarang menolak Pasien dan/atau meminta uang muka. Setiap pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus memiliki kompetensi manajemen Kesehatan yang dibutuhkan. Ketentuan mengenai kompetensi manajemen Kesehatan yang dibutuhkan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menerapkan standar keselamatan Pasien. Standar keselamatan Pasien dilaksanakan melalui identifikasi dan pengelolaan risiko, analisis dan pelaporan, dan pemecahan masalah dalam rangka mencegah dan menangani kejadian yang membahayakan keselamatan Pasien. Ketentuan lebih lanjut mengenai standar keselamatan Pasien diatur dengan Peraturan Menteri.

Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus menyimpan rahasia Kesehatan pribadi Pasien. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat menolak mengungkapkan segala informasi kepada publik yang berkaitan dengan rahasia Kesehatan pribadi Pasien. Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia kesehatan pribadi Pasien diatur dalam Peraturan Menteri.

Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melakukan peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan secara internal dan eksternal secara terus menerus dan berkesinambungan. Peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan secara internal dilakukan melalui: pengukuran dan pelaporan indikator

mutu, pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, dan manajemen risiko. Peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan secara eksternal dilakukan melalui: Registrasi, lisensi, dan akreditasi.

Pelaksanaan Registrasi, lisensi, dan akreditasi dilaksanakan dengan berorientasi pada pemenuhan standar mutu, pembinaan dan peningkatan kualitas layanan, dan proses yang cepat, terbuka, dan akuntabel. Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri. Ketentuan lebih lanjut mengenai peningkatan mutu pelayanan Kesehatan secara eksternal diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam rangka peningkatan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat mengembangkan jejaring pengampunan Pelayanan Kesehatan prioritas, kerja sama dua atau lebih Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pusat unggulan (*centre of excellence*), sistem Kesehatan akademik (*academic health system*), dan/atau Pelayanan Kesehatan terpadu. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengembangan standar Pelayanan Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

b. Puskesmas:

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif di wilayah kerjanya. Dalam melaksanakan tugas, Puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Primer di wilayah kerjanya. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Primer bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang memiliki perilaku hidup sehat, mudah mengakses Pelayanan Kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan masyarakat tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perorangan tingkat pertama oleh Puskesmas dilakukan melalui pengoordinasian Sumber Daya Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas melakukan pembinaan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya serta mengintegrasikan program Puskesmas dengan kegiatan Kesehatan oleh masyarakat. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Puskesmas diatur dalam Peraturan Pemerintah.

c. Rumah Sakit:

Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi Pelayanan Kesehatan perorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau subspecialistik. Selain menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan Rumah Sakit dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang Kesehatan. Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik.

Rumah Sakit dapat diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau masyarakat. Rumah Sakit yang didirikan oleh Pemerintah Pusat berbentuk unit pelaksana teknis atau instansi tertentu, dengan pola pengelolaan badan layanan umum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit yang didirikan oleh Pemerintah Daerah berbentuk unit organisasi bersifat khusus yang memberikan layanan secara profesional, dengan pola pengelolaan badan layanan umum daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit yang didirikan oleh masyarakat harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitian. Rumah Sakit dikecualikan bagi Rumah Sakit yang diselenggarakan oleh badan hukum yang bersifat nirlaba.

Struktur Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas: Kepala atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis dan non medis, komite medis/komite kesehatan, unsur riset, operasional dan teknologi informasi, pemasaran, serta administrasi umum dan keuangan. Kepala atau Direktur Rumah Sakit dijabat oleh Tenaga Medis yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit. Rumah Sakit dapat ditetapkan menjadi Rumah Sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar Rumah Sakit pendidikan. Rumah Sakit pendidikan terdiri atas:

- a) Rumah Sakit yang bekerja sama dengan institusi pendidikan di bidang Kesehatan dalam menyelenggarakan pendidikan profesi, profesi spesialis, dan subspecialis; dan
- b) Rumah Sakit yang secara mandiri menyelenggarakan pendidikan profesi spesialis dan subspecialis.

Rumah Sakit pendidikan harus mendapatkan izin dari Pemerintah Pusat dan bekerjasama dengan kolegium. Dalam penyelenggaraan Rumah Sakit pendidikan dapat dibentuk jejaring Rumah Sakit Pendidikan negeri dan swasta. Ketentuan lebih lanjut mengenai Rumah Sakit pendidikan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Rumah Sakit dalam menyelenggarakan fungsi penelitian dapat membentuk pusat penelitian guna pengembangan layanan Kesehatan. Dalam menyelenggarakan fungsi penelitian, rumah sakit harus menyelenggarakan penelitian unggulan dan translational. Dalam menyelenggarakan penelitian, rumah sakit dapat melaksanakan pelayanan berbasis penelitian. Rumah sakit yang melaksanakan pelayanan berbasis penelitian melalui inovasi penelitian yang dikembangkan oleh Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan

harus diberikan dukungan dan kebebasan secara bertanggung jawab.

Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- a) memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b) memberi Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c) memberikan pelayanan gawat darurat kepada Pasien;
- d) berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana;
- e) menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f) melaksanakan fungsi sosial bagi Kesehatan masyarakat;
- g) membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
- h) menyelenggarakan rekam medis;
- i) menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, ibu menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j) merujuk Pasien jika tidak sesuai dengan kompetensi layanannya;
- k) menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l) memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
- m) menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;

- n) melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o) memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p) melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q) membuat daftar Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang melakukan praktik;
- r) menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- s) melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t) memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Rumah Sakit mempunyai hak:

- a) menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
- b) menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c) melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d) menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e) menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f) mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan
- g) pelayanan kesehatan; dan

- h) mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rumah Sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif. Rumah Sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia. Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Rumah Sakit.

Pembiayaan Rumah Sakit dapat bersumber dari penerimaan Rumah Sakit, anggaran Pemerintah, subsidi Pemerintah, anggaran Pemerintah Daerah, subsidi Pemerintah Daerah atau sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai subsidi atau bantuan Pemerintah dan Pemerintah Daerah diatur dengan Peraturan Pemerintah. Penetapan besaran tarif Rumah Sakit harus berdasarkan pola tarif nasional dan pagu tarif maksimal. Menteri menetapkan pola tarif nasional berdasarkan komponen biaya satuan pembiayaan dan dengan memperhatikan kondisi regional. Gubernur menetapkan pagu tarif maksimal berdasarkan pola tarif nasional yang berlaku untuk Rumah Sakit di Provinsi yang bersangkutan. Pendapatan Rumah Sakit yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah digunakan seluruhnya secara langsung untuk biaya operasional Rumah Sakit dan tidak dapat dijadikan pendapatan negara atau Pemerintah Daerah. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Rumah Sakit diatur dalam Peraturan Pemerintah.

7. Sumber Daya Manusia Kesehatan

a. Pengelompokan dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sumber Daya Manusia Kesehatan terdiri dari: Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Tenaga pendukung atau penunjang kesehatan. Tenaga Medis dikelompokkan ke dalam dokter, dan dokter gigi. Jenis Tenaga Medis dokter terdiri dari dokter, dokter spesialis, dan dokter subspecialis. Jenis Tenaga Medis dokter terdiri dari dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter gigi subspecialis. Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam: tenaga psikolog, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, Tenaga Kesehatan masyarakat, Tenaga Kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, dan Tenaga Kesehatan tradisional.

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga psikolog sebagaimana terdiri dari psikolog umum, psikolog spesialis, dan psikolog subspecialis. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan terdiri dari perawat vokasi, perawat profesi, dan perawat spesialis. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan terdiri dari bidan vokasi dan bidan profesi. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian terdiri atas apoteker, apoteker spesialis, dan tenaga teknis kefarmasian. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan masyarakat terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promotor kesehatan, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistika dan kependudukan, tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga, serta ahli kesehatan masyarakat. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan

lingkungan terdiri dari tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi terdiri dari nutrisisionis dan dietisien. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keterampilan fisik terdiri dari fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisan medis terdiri atas perekam medis dan informasi Kesehatan, teknisi kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, dan ortotik prostetik. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan tradisional terdiri dari Tenaga Kesehatan tradisional ramuan atau jamu, Tenaga Kesehatan tradisional, dan pengobat tradisional. Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan antara lain tenaga administrasi, tenaga keuangan, petugas pemulasaran jenazah, dan supir ambulans. Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan bekerja pada fasilitas pelayanan Kesehatan atau institusi lain di bidang Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai kualifikasi masing-masing jenis Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam memenuhi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang Kesehatan serta kebutuhan Pelayanan Kesehatan, Menteri dapat menetapkan: jenis Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan baru dalam setiap kelompok, dan kelompok Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan baru. Penetapan harus terlebih dahulu dilakukan kajian bersama dengan konsil, Organisasi Profesi, dan kolegium dengan mempertimbangkan kebutuhan Pelayanan Kesehatan di masyarakat dan pemenuhan kompetensi Tenaga Medis atau

Tenaga Kesehatan. Tenaga medis harus memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah pendidikan profesi dokter atau pendidikan profesi dokter gigi. Tenaga Kesehatan harus memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah diploma.

b. Perencanaan:

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkewajiban memenuhi kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan terkait jumlah, jenis, kompetensi dan distribusi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan Kesehatan. Menteri menetapkan kebijakan dan menyusun perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan secara nasional. Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan disusun secara berjenjang dimulai dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi, sampai dengan Menteri secara nasional, berdasarkan ketersediaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan serta kebutuhan penyelenggaraan pembangunan dan Upaya Kesehatan.

Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan terhadap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang melaksanakan pekerjaan keprofesian sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya yang bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau unit kerja milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau masyarakat. Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan kerja sama dan sinergisme antarpemangku kepentingan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam menyusun perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan harus memperhatikan:

- a) jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan;
- b) penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
- c) ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- d) kemampuan pembiayaan;
- e) kondisi geografis dan sosial budaya; dan
- f) tipologi/jenis penyakit di daerah atau kebutuhan masyarakat.

Kebijakan perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri menjadi pedoman bagi setiap institusi pengguna Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan baik pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun swasta dalam pemenuhan dan pengelolaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

c. Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui pendidikan tinggi dengan memperhatikan ketersediaan dan persebaran institusi pendidikan dan/atau program studi pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada setiap wilayah, keseimbangan antara kebutuhan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan/atau dinamika kesempatan kerja di dalam dan di luar negeri, keseimbangan antara kemampuan produksi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dan sumber daya yang tersedia, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, dan prioritas pembangunan dan pelayanan Kesehatan. Pendidikan tinggi

diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pendidikan tinggi dalam rangka pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diselenggarakan setelah mendapatkan izin yang diterbitkan oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi. Izin diberikan setelah mendapatkan rekomendasi Menteri. Pembinaan teknis pendidikan tinggi dilakukan oleh Menteri. Pembinaan teknis merupakan pembinaan teknis keprofesian untuk mencapai Standar Profesi atau standar kompetensi. Pembinaan akademik pendidikan tinggi dilakukan oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi. Pendidikan profesi bidang kesehatan sebagai bagian dari pendidikan tinggi dapat diselenggarakan oleh perguruan tinggi dan bekerja sama dengan kementerian yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, kolegium, dan/atau pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selain diselenggarakan oleh perguruan tinggi, pendidikan profesi bidang kesehatan juga dapat diselenggarakan oleh Rumah Sakit pendidikan, dan bekerja sama dengan perguruan tinggi, kementerian yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, kolegium, dan/atau pihak lain yang terkait sesuai dengan kebutuhan. Penyelenggaraan pendidikan profesi bidang kesehatan oleh Rumah Sakit pendidikan dilakukan setelah mendapatkan izin dari Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan pendidikan profesi bidang kesehatan yang

diselenggarakan oleh Rumah Sakit pendidikan diatur dalam Peraturan Pemerintah. Dalam penyusunan kurikulum pendidikan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, penyelenggara pendidikan tinggi harus mengacu pada standar nasional pendidikan tinggi yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi.

Penyelenggaraan pendidikan tinggi harus memenuhi standar nasional pendidikan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. Standar nasional pendidikan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan mengacu pada standar nasional pendidikan tinggi. Standar nasional pendidikan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan disusun bersama oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, Menteri dan kolegium masing-masing Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. Kolegium masing-masing Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan bertugas untuk mengembangkan dan mengampu suatu cabang disiplin ilmu kesehatan. Standar nasional pendidikan Tenaga Kesehatan ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi setelah berkoordinasi dengan Menteri.

Dalam rangka penjaminan mutu lulusan, penyelenggara pendidikan tinggi hanya dapat menerima mahasiswa sesuai dengan kuota nasional. Kuota nasional harus memperhatikan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan. Kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan ditetapkan oleh Menteri. Ketentuan lebih lanjut mengenai kuota nasional penerimaan mahasiswa diatur dengan peraturan menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi setelah berkoordinasi dengan Menteri.

Mahasiswa pendidikan vokasi dan pendidikan profesi harus mengikuti Uji Kompetensi secara nasional pada akhir masa pendidikan. Uji kompetensi diselenggarakan oleh institusi pendidikan Tenaga Kesehatan bekerja sama dengan menteri yang menyelenggarakan tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi dan Menteri.

Uji kompetensi ditujukan untuk mencapai standar kompetensi Tenaga Kesehatan. Standar kompetensi Tenaga Kesehatan ditetapkan oleh Menteri. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan uji kompetensi diatur dengan peraturan pemerintah. Dalam rangka percepatan pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dapat memberikan bantuan pendanaan pendidikan dengan kewajiban Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan melaksanakan masa pengabdian pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang ditunjuk setelah menyelesaikan pendidikan.

Selain bantuan pendanaan pendidikan untuk tenaga Kesehatan, dalam rangka peningkatan kualifikasi pendidikan, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat dapat memberikan bantuan pendanaan pendidikan kepada tenaga penunjang Kesehatan dengan kewajiban melaksanakan masa pengabdian. Bantuan pendanaan pendidikan berupa pendanaan afirmasi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, bantuan pendidikan spesialis-subspesialis, pendanaan sebagian (*partial funding*), dan bantuan pendanaan pendidikan lainnya. Masa pengabdian dilakukan untuk jangka waktu tertentu dalam rangka pemenuhan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Masa pengabdian) diperhitungkan sebagai masa kerja. Ketentuan lebih lanjut mengenai bantuan pendanaan pendidikan dan masa pengabdian diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam hal jumlah dan distribusi Tenaga Kesehatan masih kurang atau sudah melebihi kebutuhan berdasarkan perencanaan nasional, Menteri memberikan rekomendasi penyesuaian laju pengadaan Tenaga Kesehatan untuk ditindaklanjuti oleh menteri yang memiliki tugas pemerintahan di bidang pendidikan tinggi. Rekomendasi penyesuaian laju pengadaan Tenaga Kesehatan dapat berupa:

- a) pengurangan atau penambahan kuota penerimaan mahasiswa baru;
- b) moratorium atau pembukaan moratorium program studi; dan
- c) penutupan atau pembukaan program studi.

Dalam rangka percepatan pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi bidang kesehatan selain yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi, memberikan kepastian hukum bagi lulusan pendidikan tinggi bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh institusi penyelenggara pendidikan kesehatan selain perguruan tinggi, dan memberikan kepastian hukum dan kemudahan dalam pembukaan program studi profesi dan spesialis oleh institusi penyelenggara pendidikan kesehatan selain perguruan tinggi bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, Undang-Undang ini mengubah, menghapus, dan/atau menetapkan pengaturan baru beberapa ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4301), dan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336).

Beberapa ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4301) diubah sebagai berikut:

- 1) Pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi dan/atau institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu.
- 2) Pendidikan tinggi diselenggarakan dengan sistem terbuka.
- 3) Perguruan tinggi dapat berbentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi, institut, atau universitas.
- 4) Perguruan tinggi berkewajiban menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
- 5) Perguruan tinggi dapat menyelenggarakan program akademik, profesi, dan/atau vokasi.
- 6) Selain perguruan tinggi, program profesi dapat diselenggarakan oleh institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu.
- 7) Ketentuan mengenai perguruan tinggi diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.
- 8) Perguruan tinggi yang memenuhi persyaratan pendirian dan dinyatakan berhak menyelenggarakan program pendidikan tertentu dapat memberikan gelar akademik, profesi, atau vokasi sesuai dengan program pendidikan yang diselenggarakannya.
- 9) Selain perguruan tinggi) pemberian gelar profesi dapat diberikan oleh institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu.

- 10) Perseorangan, organisasi, atau penyelenggara pendidikan yang bukan merupakan perguruan tinggi dilarang memberikan gelar akademik, profesi, atau vokasi; dan bukan merupakan institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu dilarang memberikan gelar profesi.
- 11) Gelar akademik, profesi, atau vokasi hanya digunakan oleh lulusan dari perguruan tinggi yang dinyatakan berhak memberikan gelar akademik, profesi, atau vokasi.
- 12) Selain ketentuan, gelar profesi juga dapat digunakan oleh lulusan dari institusi penyelenggara Pendidikan profesi tertentu yang dinyatakan berhak memberikan gelar profesi.
- 13) Penggunaan gelar akademik, profesi, atau vokasi hanya dibenarkan dalam bentuk dan singkatan yang diterima dari penyelenggara pendidikan yang bersangkutan.
- 14) Penyelenggara pendidikan yang tidak memenuhi persyaratan pendirian atau penyelenggara pendidikan bukan perguruan tinggi atau institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu yang melakukan tindakan dikenakan sanksi administratif berupa penutupan penyelenggaraan pendidikan.
- 15) Gelar akademik, profesi, atau vokasi yang dikeluarkan oleh penyelenggara pendidikan yang tidak sesuai dengan ketentuan dinyatakan tidak sah.
- 16) Ketentuan mengenai gelar akademik, profesi, atau vokasi diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.
- 17) Perguruan tinggi dan institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu menetapkan persyaratan kelulusan untuk mendapatkan gelar akademik, profesi, atau vokasi.
- 18) Lulusan perguruan tinggi dan institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu yang karya ilmiahnya digunakan untuk memperoleh gelar akademik, profesi, atau vokasi terbukti merupakan jiplakan dicabut gelarnya.

- 19) Ketentuan mengenai persyaratan kelulusan dan pencabutan gelar akademik, profesi, atau vokasi diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.
- 20) Pengelolaan sistem pendidikan nasional merupakan tanggung jawab Menteri dan menteri lain yang menyelenggarakan Pendidikan.
- 21) Pemerintah menentukan kebijakan nasional dan standar nasional pendidikan untuk menjamin mutu pendidikan nasional.
- 22) Pemerintah dan/atau pemerintah daerah menyelenggarakan sekurang-kurangnya satu satuan pendidikan pada semua jenjang pendidikan untuk dikembangkan menjadi satuan pendidikan yang bertaraf internasional.
- 23) Pemerintah daerah provinsi melakukan koordinasi atas penyelenggaraan pendidikan, pengembangan tenaga kependidikan, dan penyediaan fasilitas penyelenggaraan pendidikan lintas daerah kabupaten/kota untuk tingkat pendidikan dasar dan menengah.
- 24) Pemerintah kabupaten/kota mengelola pendidikan dasar dan pendidikan menengah, serta satuan pendidikan yang berbasis keunggulan lokal.
- 25) Perguruan tinggi dan institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu menentukan kebijakan dan memiliki otonomi dalam mengelola pendidikan di lembaganya.
- 26) Ketentuan mengenai pengelolaan pendidikan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah.
- 27) Penyelenggara dan/atau satuan pendidikan formal yang didirikan oleh Pemerintah atau masyarakat berbentuk badan hukum Pendidikan.
- 28) Dikecualikan dari ketentuan bagi institusi penyelenggara Pendidikan profesi tertentu.

- 29) Badan hukum pendidikan berfungsi memberikan pelayanan pendidikan kepada peserta didik.
- 30) Badan hukum pendidikan berprinsip nirlaba dan dapat mengelola dana secara mandiri untuk memajukan satuan pendidikan.
- 31) Ketentuan tentang badan hukum pendidikan diatur dengan Undang-Undang tersendiri.

Beberapa ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336) diubah sebagai berikut:

- 1) Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara.
- 2) Pendidikan Tinggi adalah jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program diploma, program sarjana, program magister, program doktor, dan program profesi, serta program spesialis, yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi atau institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu berdasarkan kebudayaan bangsa Indonesia.
- 3) Ilmu Pengetahuan adalah rangkaian pengetahuan yang digali, disusun, dan dikembangkan secara sistematis dengan menggunakan pendekatan tertentu, yang dilandasi oleh metodologi ilmiah untuk menerangkan gejala alam dan/atau kemasyarakatan tertentu.
- 4) Teknologi adalah penerapan dan pemanfaatan berbagai cabang Ilmu Pengetahuan yang menghasilkan nilai bagi

pemenuhan kebutuhan dan kelangsungan hidup, serta peningkatan mutu kehidupan manusia.

- 5) Humaniora adalah disiplin akademik yang mengkaji nilai intrinsik kemanusiaan.
- 6) Perguruan Tinggi adalah satuan pendidikan yang menyelenggarakan Pendidikan Tinggi.
- 7) Perguruan Tinggi Negeri yang selanjutnya disingkat PTN adalah Perguruan Tinggi yang didirikan dan/atau diselenggarakan oleh Pemerintah.
- 8) Perguruan Tinggi Swasta yang selanjutnya disingkat PTS adalah Perguruan Tinggi yang didirikan dan/atau diselenggarakan oleh masyarakat.
- 9) Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu adalah rumah sakit pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan profesi spesialis dan yang lebih tinggi.
- 10) Tridharma Perguruan Tinggi yang selanjutnya disebut Tridharma adalah kewajiban Perguruan Tinggi untuk menyelenggarakan Pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
- 11) Penelitian adalah kegiatan yang dilakukan menurut kaidah dan metode ilmiah secara sistematis untuk memperoleh informasi, data, dan keterangan yang berkaitan dengan pemahaman dan/atau pengujian suatu cabang ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 12) Pengabdian kepada Masyarakat adalah kegiatan sivitas akademika yang memanfaatkan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi untuk memajukan kesejahteraan masyarakat dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
- 13) Pembelajaran adalah proses interaksi mahasiswa dengan dosen dan sumber belajar pada suatu lingkungan belajar.
- 14) Sivitas Akademika adalah masyarakat akademik yang terdiri atas dosen dan mahasiswa.

- 15) Dosen adalah pendidik profesional dan ilmuwan dengan tugas utama mentransformasikan, mengembangkan, dan menyebarkan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi melalui Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian kepada Masyarakat.
- 16) Mahasiswa adalah peserta didik pada jenjang Pendidikan Tinggi.
- 17) Masyarakat adalah kelompok warga negara Indonesia nonpemerintah yang mempunyai perhatian dan peranan dalam bidang Pendidikan Tinggi.
- 18) Program Studi adalah kesatuan kegiatan Pendidikan dan pembelajaran yang memiliki kurikulum dan metode pembelajaran tertentu dalam satu jenis pendidikan akademik, pendidikan profesi, dan/atau pendidikan vokasi.
- 19) Standar Nasional Pendidikan Tinggi adalah satuan standar yang meliputi standar nasional pendidikan, ditambah dengan standar penelitian, dan standar pengabdian kepada masyarakat.
- 20) Pemerintah pusat, selanjutnya disebut Pemerintah, adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- 21) Pemerintah Daerah adalah gubernur, bupati, atau walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
- 22) Kementerian adalah perangkat pemerintah yang membidangi urusan pemerintahan di bidang pendidikan.
- 23) Kementerian lain adalah perangkat pemerintah yang membidangi urusan pemerintahan di luar bidang pendidikan.

- 24) Lembaga selanjutnya Pemerintah disingkat Nonkementerian yang LPNK adalah lembaga pemerintah pusat yang melaksanakan tugas pemerintahan tertentu.
- 25) Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan.
- 26) Menteri bertanggung jawab atas penyelenggaraan Pendidikan Tinggi.
- 27) Tanggung jawab Menteri atas penyelenggaraan Pendidikan Tinggi mencakup pengaturan, perencanaan, pengawasan, pemantauan, dan evaluasi serta pembinaan dan koordinasi.
- 28) Tugas dan wewenang Menteri atas penyelenggaraan Pendidikan Tinggi meliputi:
- a. kebijakan umum dalam pengembangan dan koordinasi Pendidikan Tinggi sebagai bagian dari sistem pendidikan nasional untuk mewujudkan tujuan Pendidikan Tinggi;
 - b. penetapan kebijakan umum nasional dan penyusunan rencana pengembangan jangka panjang, menengah, dan tahunan Pendidikan Tinggi yang berkelanjutan;
 - c. peningkatan penjaminan mutu, relevansi, keterjangkauan, pemerataan yang berkeadilan, dan akses Pendidikan Tinggi secara berkelanjutan;
 - d. pemantapan dan peningkatan kapasitas pengelolaan akademik dan pengelolaan sumber daya Perguruan Tinggi;
 - e. pemberian dan pencabutan izin yang berkaitan dengan penyelenggaraan Perguruan Tinggi kecuali pendidikan tinggi keagamaan dan Pendidikan Tinggi bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh Institusi Penyelenggara Pendidikan Tertentu;

- f. kebijakan umum dalam penghimpunan dan pendayagunaan seluruh potensi masyarakat untuk mengembangkan Pendidikan Tinggi;
 - g. pembentukan dewan, majelis, komisi, dan/atau konsorsium yang melibatkan Masyarakat untuk merumuskan kebijakan pengembangan Pendidikan Tinggi; dan
 - h. pelaksanaan tugas lain untuk menjamin pengembangan dan pencapaian tujuan Pendidikan Tinggi.
- 29) Dalam hal penyelenggaraan pendidikan tinggi keagamaan, tanggung jawab, tugas, dan wewenang dilaksanakan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang agama.
- 30) Dalam hal penyelenggaraan Pendidikan Tinggi bidang kesehatan oleh Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu, tanggung jawab, tugas dan wewenang dilaksanakan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan berkoordinasi dengan Menteri.
- 31) Ketentuan lebih lanjut mengenai tanggung jawab Menteri atas penyelenggaraan Pendidikan Tinggi, tugas dan wewenang Menteri sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Pemerintah.
- 32) Program profesi merupakan pendidikan keahlian khusus yang diperuntukkan bagi lulusan program sarjana atau sederajat untuk mengembangkan bakat dan kemampuan memperoleh kecakapan yang diperlukan dalam dunia kerja.
- 33) Program profesi dapat diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi yang bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi.

- 34) Selain diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi, penyelenggaraan program profesi dapat diselenggarakan oleh Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu dan dapat bekerja sama dengan Perguruan Tinggi, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, Kementerian, dan/atau pihak lain sesuai dengan kebutuhan.
- 35) Program profesi menyiapkan profesional.
- 36) Program profesi wajib memiliki Dosen yang berkualifikasi akademik minimum lulusan program profesi dan/atau lulusan program magister atau yang sederajat dengan pengalaman kerja paling singkat 2 (dua) tahun.
- 37) Lulusan program profesi berhak menggunakan gelar profesi.
- 38) Ketentuan lebih lanjut mengenai program profesi diatur dalam Peraturan Pemerintah.
- 39) Program spesialis merupakan pendidikan keahlian lanjutan yang dapat bertingkat dan diperuntukkan bagi lulusan program profesi yang telah berpengalaman sebagai profesional untuk mengembangkan bakat dan kemampuannya menjadi spesialis.
- 40) Program spesialis dapat diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi.
- 41) Selain diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi, penyelenggaraan program spesialis dapat diselenggarakan oleh Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu dan dapat bekerja sama dengan Perguruan Tinggi, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, Kementerian, dan/atau pihak lain sesuai dengan kebutuhan.

- 42) Program spesialis meningkatkan kemampuan spesialisasi dalam cabang ilmu tertentu.
- 43) Program spesialis wajib memiliki Dosen yang berkualifikasi akademik minimum lulusan program spesialis dan/atau lulusan program doktor atau yang sederajat dengan pengalaman kerja paling singkat 2 (dua) tahun.
- 44) Lulusan program spesialis berhak menggunakan gelar spesialis.
- 45) Ketentuan lebih lanjut mengenai program spesialis diatur dalam Peraturan Pemerintah.
- 46) Gelar akademik diberikan oleh Perguruan Tinggi yang menyelenggarakan pendidikan akademik.
- 47) Gelar akademik terdiri atas sarjana, magister, dan doktor.
- 48) Gelar vokasi diberikan oleh Perguruan Tinggi yang menyelenggarakan pendidikan vokasi.
- 49) Gelar vokasi terdiri atas ahli pratama, ahli muda, ahli madya, sarjana terapan, magister terapan, dan doktor terapan.
- 50) Gelar profesi diberikan oleh Perguruan Tinggi atau Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu yang menyelenggarakan pendidikan profesi.
- 51) Gelar profesi ditetapkan oleh Perguruan Tinggi atau Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu bersama dengan Kementerian, Kementerian Lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab terhadap mutu layanan profesi.
- 52) Gelar profesi terdiri atas profesi, dan spesialis.
- 53) Ketentuan lebih lanjut mengenai gelar akademik, gelar vokasi, atau gelar profesi diatur dalam Peraturan Pemerintah.
- 54) Gelar akademik, gelar vokasi, atau gelar profesi hanya digunakan oleh lulusan dari Perguruan Tinggi yang

dinyatakan berhak memberikan gelar akademik, gelar vokasi, atau gelar profesi.

- 55) Selain perguruan tinggi, pemberian gelar profesi dapat diberikan oleh institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu.
- 56) Gelar akademik, gelar vokasi, atau gelar profesi hanya dibenarkan dalam bentuk dan inisial atau singkatan yang diterima dari Perguruan Tinggi atau institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu.
- 57) Gelar akademik dan gelar vokasi dinyatakan tidak sah dan dicabut oleh Menteri apabila dikeluarkan oleh Perguruan Tinggi dan/atau Program Studi yang tidak terakreditasi; dan/atau perseorangan, organisasi, atau penyelenggara Pendidikan Tinggi yang tanpa hak mengeluarkan gelar akademik dan gelar vokasi.
- 58) Gelar profesi dinyatakan tidak sah dan dicabut oleh Menteri apabila dikeluarkan oleh Perguruan Tinggi dan/atau Program Studi yang tidak terakreditasi; bukan penyelenggara Pendidikan profesi tertentu; dan/atau perseorangan, organisasi, atau lembaga lain yang tanpa hak mengeluarkan gelar profesi.
- 59) Gelar akademik dan/atau gelar vokasi dinyatakan tidak sah dan dicabut oleh Perguruan Tinggi apabila karya ilmiah yang digunakan untuk memperoleh gelar akademik dan/atau gelar vokasi terbukti merupakan hasil jiplakan atau plagiat, atau dinyatakan tidak sah dan dicabut oleh Perguruan Tinggi atau institusi penyelenggara pendidikan profesi tertentu apabila gelar profesi terbukti merupakan hasil jiplakan atau plagiat.
- 60) Perseorangan, organisasi, atau penyelenggara Pendidikan Tinggi yang tanpa hak dilarang memberikan gelar akademik, gelar vokasi, atau gelar profesi.

- 61) Perseorangan yang tanpa hak dilarang menggunakan gelar akademik, gelar vokasi, dan/atau gelar profesi.
- 62) Program pendidikan dilaksanakan melalui Program Studi.
- 63) Program Studi memiliki kurikulum dan metode pembelajaran sesuai dengan program Pendidikan.
- 64) Program Studi diselenggarakan atas izin Menteri dan/atau menteri lain yang menyelenggarakan Pendidikan setelah memenuhi persyaratan minimum akreditasi.
- 65) Program Studi dikelola oleh suatu satuan unit pengelola yang ditetapkan oleh Perguruan Tinggi atau institusi penyelenggara Pendidikan profesi tertentu.
- 66) Program Studi mendapatkan akreditasi pada saat memperoleh izin penyelenggaraan.
- 67) Program Studi wajib diakreditasi ulang pada saat jangka waktu akreditasinya berakhir.
- 68) Program Studi yang tidak diakreditasi ulang dapat dicabut izinnya oleh Menteri dan/atau menteri lain yang menyelenggarakan Pendidikan.
- 69) Ketentuan lebih lanjut mengenai metode pembelajaran, pemberian izin Program Studi, dan pencabutan izin Program Studi diatur dalam Peraturan Menteri atau dan peraturan menteri lain yang menyelenggarakan pendidikan profesi tertentu.
- 70) Program Studi diselenggarakan di kampus utama Perguruan Tinggi, dan/atau dapat diselenggarakan di luar kampus utama dalam suatu provinsi atau di provinsi lain melalui kerja sama dengan Perguruan Tinggi setempat.
- 71) Dalam hal Program Studi dilaksanakan oleh Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu diselenggarakan di rumah sakit Pendidikan.
- 72) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Program Studi di kampus utama Perguruan Tinggi dan/atau di luar kampus utama diatur dalam Peraturan Menteri.

- 73) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Program Studi di Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu diatur dalam Peraturan Pemerintah.
- 74) Sertifikat profesi merupakan pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan pendidikan profesi yang diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi atau Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi, dan/atau badan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 75) Sertifikat profesi diterbitkan oleh Perguruan Tinggi atau Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu.
- 76) Perseorangan, organisasi, atau penyelenggara Pendidikan Tinggi yang tanpa hak dilarang memberikan sertifikat profesi.
- 77) Ketentuan lebih lanjut mengenai sertifikat profesi diatur dalam Peraturan Pemerintah.
- 78) Pangkalan Data Pendidikan Tinggi merupakan kumpulan data penyelenggaraan Pendidikan Tinggi seluruh Perguruan Tinggi dan Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu yang terintegrasi secara nasional.
- 79) Pangkalan Data Pendidikan Tinggi berfungsi sebagai sumber informasi bagi:
- a) lembaga akreditasi, untuk melakukan akreditasi Program Studi, Perguruan Tinggi, dan Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu;
 - b) Pemerintah, untuk melakukan pengaturan, perencanaan, pengawasan, pemantauan, dan evaluasi serta pembinaan dan koordinasi Program Studi dan Perguruan Tinggi atau Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu; dan

- c) Masyarakat, untuk mengetahui kinerja Program Studi dan Perguruan Tinggi atau Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu.
- 80) Pangkalan Data Pendidikan Tinggi dikembangkan dan dikelola oleh Kementerian atau dikelola oleh lembaga yang ditunjuk oleh Kementerian.
- 81) Penyelenggara Perguruan Tinggi dan Institusi Penyelenggara Pendidikan Profesi Tertentu wajib menyampaikan data dan informasi penyelenggaraan Perguruan Tinggi serta memastikan kebenaran dan ketepatannya.

d. Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dalam rangka pemenuhan Tenaga Kesehatan. Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek pemerataan, pemanfaatan, dan/atau pengembangan. Pemerintah Daerah kabupaten/kota wajib memenuhi kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan dasar di Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama lainnya milik Pemerintah Daerah. Pemerintah Pusat dapat memberikan insentif atau disinsentif kepada Pemerintah Daerah kabupaten/kota dalam pemenuhan kebutuhan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai insentif atau disinsentif diatur dalam Peraturan Pemerintah. Pemerintah Daerah bertanggungjawab melakukan pemenuhan

Tenaga Kesehatan untuk pelayanan Kesehatan rujukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan miliknya.

1) Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Dalam Negeri:

Dalam rangka pemerataan Pelayanan Kesehatan dan pemenuhan kebutuhan Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab melakukan penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan setelah melalui proses seleksi. Penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dilaksanakan dengan cara pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil, pengangkatan sebagai pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja, penugasan khusus, atau Pengangkatan pegawai pada fasilitas pelayanan kesehatan yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLU/BLUD. Pemerintah Pusat dapat menempatkan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan melalui pengangkatan sebagai anggota TNI/POLRI. Pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja serta penempatan melalui pengangkatan sebagai anggota TNI/POLRI dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan melalui penugasan khusus dilakukan oleh Menteri berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang dalam negeri dengan memperhatikan kebutuhan Pelayanan Kesehatan, ketersediaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, dan daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan. Ketentuan lebih lanjut mengenai Pengangkatan pegawai pada fasilitas pelayanan kesehatan yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLU/BLUD dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-perundangan. Penempatan

diikuti dengan upaya retensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Dalam rangka pemerataan pelayanan medis spesialistik, pemerintah pusat, rumah sakit pendidikan, dan institusi pendidikan dapat mendayagunakan mahasiswa program pendidikan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis. Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan mahasiswa program pendidikan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis diatur dalam peraturan Menteri. Dalam rangka pemerataan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan Pelayanan Kesehatan, Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat memanfaatkan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan lulusan dari perguruan tinggi yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat atau masyarakat untuk mengikuti seleksi penempatan. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang telah lulus seleksi ditempatkan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah untuk jangka waktu tertentu. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau kepala daerah yang membawahi Fasilitas Pelayanan Kesehatan tersebut harus mempertimbangkan pemenuhan kebutuhan insentif, jaminan keamanan, dan keselamatan kerja Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dapat dipindahtugaskan antarprovinsi, antarkabupaten, atau antarkota karena alasan kebutuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/atau promosi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan, dan

kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan dapat memperoleh tunjangan atau insentif khusus, jaminan keamanan, dukungan sarana prasarana dan alat kesehatan, kenaikan pangkat luar biasa, dan perlindungan dalam pelaksanaan tugas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam hal terjadi kekosongan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah harus menyediakan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pengganti untuk menjamin keberlanjutan Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemindahtugasan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam keadaan tertentu terjadi kekosongan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah untuk sementara waktu, Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah harus menyediakan Tenaga Kesehatan pengganti untuk menjamin keberlangsungan Pelayanan Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyediaan tenaga Kesehatan pengganti pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah. Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat menetapkan pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan untuk memenuhi kepentingan pembangunan kesehatan. Selain pola ikatan dinas yang diselenggarakan Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah, badan usaha atau masyarakat dapat menetapkan pola ikatan dinas dalam rangka memenuhi kepentingan Pelayanan Kesehatan di masyarakat. Pelaksanaan pola ikatan dinas oleh badan usaha atau masyarakat diikuti dengan penempatan calon Tenaga

Medis dan Tenaga Kesehatan pada daerah terpencil, daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, daerah bermasalah kesehatan, atau daerah tidak diminati dalam rangka dukungan pemerataan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

2) Pendayagunaan Tenaga Cadangan Kesehatan Untuk Penanggulangan Kejadian Luar Biasa, Wabah, dan Darurat Bencana Lainnya

Pemerintah Pusat membentuk tenaga cadangan Kesehatan untuk meningkatkan kapasitas sumber daya manusia Kesehatan dan mendukung ketahanan Kesehatan. Tenaga cadangan Kesehatan terdiri dari Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan non-Tenaga Kesehatan yang dipersiapkan untuk dimobilisasi pada penanggulangan KLB, Wabah, dan darurat bencana lainnya. Tenaga cadangan kesehatan berupa non-Tenaga Kesehatan dapat berasal dari Tenaga Kesehatan yang sudah tidak aktif lagi menjalankan praktik Tenaga Kesehatan dan tenaga lainnya yang telah mendapatkan pelatihan terkait dengan penanggulangan KLB, Wabah, dan darurat bencana lainnya. Tenaga cadangan Kesehatan dilakukan pengelolaan melalui proses Registrasi dan kredensial dengan memanfaatkan teknologi informasi, pembinaan dan peningkatan kapasitas tenaga cadangan Kesehatan, serta pelaksanaan mobilisasi.

Tenaga cadangan Kesehatan yang ditugaskan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah diberikan insentif dan/atau tunjangan daerah sesuai dengan kemampuan keuangan masing-masing daerah dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pendayagunaan tenaga

cadangan Kesehatan untuk penanggulangan KLB, Wabah, dan darurat bencana lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 221 dan Pasal 222 diatur dalam Peraturan Menteri.

3) Pendayagunaan Medis dan Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia ke Luar Negeri

Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia ke luar negeri dapat dilakukan dengan mempertimbangkan keseimbangan antara kebutuhan Tenaga Kesehatan di Indonesia dan peluang kerja bagi Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia di luar negeri. Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia ke luar negeri dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

4) Pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing Lulusan Luar Negeri dan Tenaga Kesehatan Warga Negara Indonesia Lulusan Luar Negeri

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri dan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri yang akan melaksanakan praktik di Indonesia harus mengikuti evaluasi kompetensi. Evaluasi kompetensi meliputi penilaian kelengkapan administratif dan penilaian kemampuan praktik.

Penilaian kemampuan praktik dilakukan setelah penilaian kelengkapan administrative. Dalam rangka penilaian kemampuan praktik dilakukan penyetaraan kompetensi dan/atau uji kompetensi. Penyetaraan kompetensi bertujuan untuk memastikan kesesuaian dengan standar kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Indonesia. Penyetaraan kompetensi dan/atau uji kompetensi dilakukan oleh Menteri bekerjasama dengan konsil. Hasil uji kompetensi berupa kompeten atau belum kompeten. Dalam hal hasil uji

kompetensi berupa kompeten, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri serta Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri mengikuti adaptasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Dalam hal hasil uji kompetensi berupa belum kompeten, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri serta Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri mengikuti penambahan kompetensi melalui program *fellowship* atau pelatihan.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri serta Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri yang akan mengikuti adaptasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus memiliki STR adaptasi dan SIP adaptasi. STR adaptasi dan SIP adaptasi diterbitkan oleh Menteri. Ketentuan lebih lanjut mengenai penerbitan STR adaptasi dan SIP adaptasi diatur dalam Peraturan Menteri. Adaptasi merupakan bagian akhir penilaian praktik dan dimanfaatkan dalam upaya pendayagunaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Dikecualikan dari ketentuan, bagi: Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri: merupakan lulusan dari perguruan tinggi atau institusi pendidikan tertentu di luar negeri; telah praktik paling sedikit 2 (dua) tahun di luar negeri; atau merupakan ahli dalam bidang unggulan tertentu dalam Pelayanan Kesehatan yang dibuktikan dengan sertifikasi kompetensi; dan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri: telah praktik sebagai spesialis atau subspecialis paling sedikit 5 (lima) tahun di luar negeri; atau merupakan ahli dalam suatu bidang unggulan tertentu dalam Pelayanan Kesehatan yang dibuktikan dengan sertifikasi kompetensi dan telah praktik paling sedikit 5 (lima) tahun di luar negeri, yang akan

didayagunakan di Indonesia, dilakukan evaluasi kompetensi melalui penilaian portofolio. Lulusan dari perguruan tinggi atau institusi pendidikan tertentu di luar negeri, telah melakukan praktik paling sedikit 5 (lima) tahun di luar negeri atau merupakan ahli dibuktikan dengan surat keterangan atau dokumen lain yang diterbitkan oleh lembaga yang berwenang di negara yang bersangkutan.

Ketentuan lebih lanjut mengenai evaluasi kompetensi dan mekanisme pemberian surat persetujuan diatur dalam Peraturan Pemerintah. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang telah lulus evaluasi kompetensi dan akan melaksanakan praktik di Indonesia harus memiliki STR dan SIP. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing dapat melakukan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia dalam rangka investasi atau noninvestasi, dengan ketentuan:

- a) terdapat permintaan dari pengguna Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing;
- b) dalam rangka alih teknologi dan ilmu pengetahuan; dan
- c) untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

Ketentuan mengenai persyaratan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri yang telah lulus proses evaluasi kompetensi dan akan melakukan praktik di Indonesia harus memiliki STR sementara dan SIP. STR sementara bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri berlaku selama 3 (tiga) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan. SIP bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri berlaku sepanjang STR sementara sebagaimana dimaksud

pada ayat (2) masih berlaku. Selain ketentuan, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing harus memenuhi persyaratan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri yang akan menjadi peserta program pendidikan spesialis di Indonesia wajib memiliki STR sementara. STR sementara berlaku selama masa pendidikan.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri yang akan memberikan pendidikan dan pelatihan dalam rangka alih ilmu pengetahuan dan teknologi untuk waktu tertentu, tidak memerlukan STR sementara. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan warga negara asing lulusan luar negeri harus mendapat persetujuan dari Menteri. Persetujuan diberikan melalui penyelenggara pendidikan dan pelatihan. Ketentuan lebih lanjut mengenai STR sementara diatur dalam Peraturan Pemerintah.

- e. Pelatihan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam rangka Penjagaan dan Peningkatan Mutu

Dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dilakukan pelatihan dan kegiatan lain yang mendukung kesinambungan dalam menjalankan praktik. Upaya menjaga dan meningkatkan mutu diselenggarakan oleh Menteri, organisasi profesi, dan lembaga pelatihan lain yang diakreditasi oleh organisasi profesi. Upaya menjaga dan meningkatkan mutu dilaksanakan sesuai dengan standar mutu profesi. Pelatihan dan kegiatan lain dapat digunakan untuk proses sertifikasi melalui konversi ke dalam satuan kredit profesi. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan pelatihan dan kegiatan lain dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri.

Dalam rangka peningkatan mutu serta percepatan pemenuhan Dokter subspesialis dan Dokter Gigi subspesialis, Menteri bersama dengan kolegium dapat menyelenggarakan program pelatihan atau *fellowship* di Rumah Sakit pendidikan. Dokter spesialis dan Dokter Gigi spesialis dapat mengikuti rekognisi pembelajaran lampau untuk mendapatkan gelar subspesialis. Dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, kepala daerah dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertanggung jawab atas pemberian kesempatan yang sama kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dengan mempertimbangkan penilaian kinerja dan perilaku.

f. Registrasi dan Perizinan

a. Registrasi

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang akan menjalankan praktik keprofesian wajib memiliki STR. STR diterbitkan oleh konsil masing-masing kelompok Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, setelah memenuhi persyaratan. Persyaratan meliputi memiliki ijazah pendidikan di bidang medis atau kesehatan, sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi, surat keterangan sehat fisik dan mental, surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi, dan membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi. Persyaratan dikecualikan bagi Tenaga Kesehatan dengan kualifikasi pendidikan akademik. STR berlaku selama 5 (lima) tahun dan diregistrasi ulang setiap 5 (lima) tahun. STR dapat dicabut dan diganti dalam hal Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan: berubah kualifikasi kompetensi/profesi, dan/atau beralih profesi.

STR sebagaimana dimaksud dalam Pasal 240 tidak berlaku apabila yang bersangkutan meninggal dunia, dinonaktifkan atau dicabut atas permintaan yang bersangkutan, dicabut oleh

Konsil Kedokteran Indonesia atau konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan, dicabut berdasarkan putusan pengadilan, atau dipidana karena melakukan tindak pidana kejahatan yang ancaman pidananya paling singkat 5 (lima) tahun. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara Registrasi, penonaktifan, dan pengaktifan kembali STR Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

b. Perizinan

Untuk jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan tertentu dalam menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki izin. Izin diberikan dalam bentuk SIP. SIP diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota tempat Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan menjalankan praktiknya. Dalam keadaan tertentu untuk percepatan pemenuhan kebutuhan Pelayanan Kesehatan, SIP dapat diterbitkan oleh Menteri. Dalam rangka penerbitan SIP, Pemerintah Daerah kabupaten/kota harus menetapkan kuota untuk setiap jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dengan memperhatikan kriteria paling sedikit ketersediaan dan persebaran Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan pada daerah tersebut, rasio jumlah penduduk dengan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan aktif yang ditetapkan oleh Menteri, dan beban kerja Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.

Untuk mendapatkan SIP, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan harus memiliki STR, tempat praktik, rekomendasi organisasi profesi, dan bukti pemenuhan kompetensi. SIP masih berlaku sepanjang tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam SIP. SIP berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan. Persyaratan perpanjangan SIP meliputi STR, tempat praktik, rekomendasi organisasi profesi, dan pemenuhan kecukupan satuan kredit profesi. Pengelolaan pemenuhan kecukupan

satuan kredit profesi dilakukan oleh Pemerintah Daerah. Dalam rangka pengelolaan pemenuhan kecukupan satuan kredit profesi melibatkan Organisasi Profesi. SIP tidak berlaku apabila habis masa berlakunya, yang bersangkutan meninggal dunia, STR dicabut atau dinonaktifkan, SIP dicabut oleh penerbit SIP, atau tempat praktik berubah.

Dalam kondisi tertentu, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan tidak memerlukan SIP di tempat tersebut. Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Untuk kepentingan pemenuhan kebutuhan pelayanan kedokteran, kepala dinas kesehatan provinsi atas nama Menteri dapat memberikan surat tugas kepada dokter spesialis atau dokter gigi spesialis tertentu yang telah memiliki SIP untuk bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tertentu tanpa memerlukan SIP di tempat tersebut. Pemberian surat tugas dilakukan dengan ketentuan:

- a) terdapat permintaan dari dinas kesehatan kabupaten/kota berdasarkan kebutuhan;
- b) ketiadaan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dengan keahlian dan kompetensi yang sama pada kabupaten/kota tersebut; dan
- c) dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang mendapat surat tugas harus telah memiliki SIP.

Dalam hal selama jangka waktu keberlakuan surat tugas telah ada dokter spesialis atau dokter gigi spesialis lain dengan keahlian dan kompetensi yang sama pada daerah tersebut, surat tugas menjadi tidak berlaku. Ketentuan lebih lanjut mengenai surat tugas diatur dalam Peraturan Pemerintah.

- g. **Konsil Kedokteran Indonesia dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia**
 - 1) **Pengaturan Umum**

Untuk menjaga mutu dan kompetensi Tenaga Kesehatan dalam rangka melindungi masyarakat, Menteri membentuk Konsil Kedokteran Indonesia bagi kelompok tenaga medis, dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia bagi kelompok Tenaga Kesehatan. Konsil Kedokteran Indonesia dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia ditetapkan dan bertanggung jawab kepada Presiden.

2) Konsil Kedokteran Indonesia

Susunan organisasi Konsil Kedokteran Indonesia terdiri dari Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi. Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) masing-masing terdiri atas 3 (tiga) divisi, yaitu: Divisi Registrasi, Divisi Standar Pendidikan Profesi, dan Divisi Pembinaan. Pimpinan Konsil Kedokteran Indonesia terdiri atas pimpinan Konsil Kedokteran Indonesia terdiri atas 3 (tiga) orang merangkap anggota, pimpinan Konsil Kedokteran dan pimpinan Konsil Kedokteran Gigi masing-masing 1 (satu) orang merangkap anggota, dan pimpinan divisi pada Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi masing-masing 1 (satu) orang merangkap anggota.

Pimpinan Konsil Kedokteran Indonesia bersifat kolektif kolegial. Pimpinan Konsil Kedokteran Indonesia adalah penanggung jawab tertinggi. Pimpinan Konsil Kedokteran Indonesia terdiri atas seorang ketua dan 2 (dua) orang wakil ketua. Pimpinan Konsil Kedokteran terdiri atas seorang ketua dan 3 (tiga) orang ketua divisi. Pimpinan Konsil Kedokteran Gigi terdiri atas seorang ketua dan 3 (tiga) orang ketua divisi. Jumlah anggota Konsil Kedokteran Indonesia 15 (lima belas) orang yang terdiri atas unsur-unsur yang berasal dari:

- a) organisasi profesi kedokteran sebanyak 2 (dua) orang;
- b) organisasi profesi kedokteran gigi sebanyak 2 (dua) orang;
- c) asosiasi institusi pendidikan kedokteran sebanyak 1 (satu) orang;
- d) asosiasi institusi pendidikan kedokteran gigi sebanyak 1 (satu) orang;
- e) kolegium kedokteran sebanyak 1 (satu) orang;
- f) kolegium kedokteran gigi sebanyak 1 (satu) orang;
- g) asosiasi rumah sakit pendidikan negeri dan swasta sebanyak 2 (dua) orang;
- h) tokoh masyarakat sebanyak 3 (tiga) orang;
- i) kementerian yang menangani urusan pemerintahan di bidang kesehatan sebanyak 1 (satu) orang; dan
- j) kementerian yang menangani urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebanyak 1 (satu) orang.

Ketentuan mengenai tata cara pengangkatan keanggotaan Konsil Kedokteran Indonesia diatur dengan Peraturan Presiden.

Pimpinan Konsil Kedokteran Indonesia, pimpinan Konsil Kedokteran, pimpinan Konsil Kedokteran Gigi, pimpinan divisi pada Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi dipilih oleh anggota dan ditetapkan oleh rapat pleno anggota. Calon anggota Konsil Kedokteran Indonesia harus memenuhi persyaratan sebagai berikut: warga negara Indonesia, sehat jasmani dan rohani, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan berakhlak mulia, berkelakuan baik, pernah melakukan praktik dokter atau dokter gigi paling sedikit 10 (sepuluh) tahun dan memiliki STR bagi yang berprofesi sebagai dokter

atau dokter gigi, cakap, jujur, memiliki moral, etika dan integritas yang tinggi serta memiliki reputasi yang baik, tidak menjadi pengurus organisasi politik, Organisasi Profesi, atau kolegium, tidak menjabat dalam jabatan struktural baik di pemerintahan maupun di luar pemerintahan; dan memiliki pengetahuan, keahlian, dan pengalaman di salah satu bidang yang terdiri atas: pendidikan kedokteran, perumahasaitan atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya, mutu pelayanan public, hukum kesehatan, kebijakan publik, dan/atau sosial budaya. Calon anggota Konsil Kedokteran Indonesia yang berasal dari kalangan pemerintah dan masyarakat dikecualikan dari ketentuan diatas.

Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai tugas merumuskan kebijakan internal dan standardisasi pelaksanaan tugas konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi. Pelaksanaan tugas perumusan kebijakan internal Konsil Kedokteran Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan. Dalam melaksanakan tugas, Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai fungsi:

- a) menyusun perencanaan pelaksanaan tugas Konsil Kedokteran Indonesia;
- b) melakukan identifikasi dan pengembangan metodologi dan standardisasi pelaksanaan tugas konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi;
- c) melakukan analisis manajemen risiko pelaksanaan tugas konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi;
- d) membina konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi;
- e) melakukan koordinasi antarkonsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi;

- f) mengelola sumber daya bersama dalam konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi;
- g) memberikan masukan atau umpan balik atas hasil pelaksanaan tugas konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi;
- h) menangani perselisihan atau permasalahan antarkonsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi;
- i) melakukan pemantauan terhadap pencapaian target kinerja konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi; dan
- j) menyusun dan menyampaikan laporan secara berkala.

Konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi mempunyai tugas melakukan Registrasi dan pembinaan teknis keprofesian dokter dan dokter gigi. Dalam menjalankan tugas, konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi mempunyai fungsi: menerbitkan STR dokter dan dokter gigi, mencabut STR dokter dan dokter gigi, melakukan pengelolaan STR, melakukan penonaktifan dan pengaktifan kembali STR, melakukan pembinaan di bidang teknis keprofesian, mengesahkan standar kompetensi profesi yang disusun oleh Kolegium bersama Organisasi Profesi, melakukan pendataan tempat praktik dokter dan dokter gigi berdasarkan SIP, dan melakukan pendataan pelaksanaan penjagaan dan peningkatan mutu dokter dan dokter gigi.

Dalam melaksanakan fungsi konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi wajib menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan tugas secara berkala kepada Konsil Kedokteran Indonesia. Pembinaan teknis keprofesian dilakukan sebagai dukungan terhadap pembinaan dokter dan dokter gigi yang dilaksanakan oleh Menteri dan/atau organisasi profesi.

Pendataan tempat praktik dokter dan dokter gigi dilaksanakan berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah kabupaten/kota. Ketentuan lebih lanjut mengenai tugas dan fungsi konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Menteri berwenang melakukan evaluasi dan koreksi terhadap STR yang diterbitkan oleh konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi. Masa bakti keanggotaan Konsil Kedokteran Indonesia selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pimpinan dan anggota Konsil Kedokteran Indonesia berhenti atau diberhentikan karena berakhir masa jabatan, mengundurkan diri atas permintaan sendiri, meninggal Dunia, bertempat tinggal tetap di luar wilayah Republik Indonesia, tidak mampu melakukan tugas selama 10 (sepuluh) hari kerja secara berturut-turut atau kumulatif selama 28 (dua puluh delapan) hari kerja dalam 1 (satu) tahun, dipidana karena melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap, tidak lagi memenuhi persyaratan sebagai pimpinan dan anggota Konsil Kedokteran Indonesia, dan/atau tidak cakap dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya.

Selain berhenti karena alasan di atas, pimpinan dan anggota Konsil Kedokteran Indonesia dapat diberhentikan sementara karena menjadi tersangka dan ditahan atas suatu tindak pidana. Jangka waktu pemberhentian sementara terhitung sejak dilakukan penahanan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberhentian anggota Konsil Kedokteran Indonesia diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam melaksanakan tugasnya, Konsil Kedokteran Indonesia dibantu oleh sekretariat yang berkedudukan di bawah pimpinan tinggi madya pada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai tugas sekretariat ditetapkan oleh Menteri.

3) Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia

Susunan organisasi Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia terdiri atas 1 (satu) orang ketua dan 4 (empat) orang wakil ketua, masing-masing merangkap sebagai anggota, dan anggota. Anggota berasal dari:

- a) perwakilan pemerintah terdiri dari:
- b) 1 (satu) orang dari unsur kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
- c) 1 (satu) orang dari unsur kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi;
- d) pimpinan dari masing-masing konsil kelompok tenaga kesehatan sebanyak 2 (dua) orang;
- e) perwakilan unsur organisasi profesi sebanyak 2 (dua) orang; dan
- f) perwakilan masyarakat sebanyak 2 (dua) orang.

Pimpinan dan anggota konsil Tenaga Kesehatan Indonesia ditunjuk oleh Presiden dengan mempertimbangkan pengetahuan, pengalaman, dan keahlian di bidang kesehatan. Susunan organisasi dan keanggotaan konsil Tenaga Kesehatan Indonesia diatur dengan Peraturan Presiden. Keanggotaan konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan berasal dari unsur organisasi profesi Tenaga Kesehatan, unsur pemerintah, dan tokoh masyarakat. Keanggotaan konsil masing-

masing kelompok Tenaga Kesehatan Indonesia ditetapkan oleh Menteri. Calon anggota Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia harus memenuhi persyaratan sebagai berikut warga negara Indonesia, sehat jasmani dan rohani, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan berakhlak mulia, berkelakuan baik, pernah melakukan praktik Tenaga Kesehatan paling sedikit 10 (sepuluh) tahun dan memiliki STR bagi yang berprofesi sebagai Tenaga Kesehatan, cakap, jujur, memiliki moral, etika dan integritas yang tinggi serta memiliki reputasi yang baik, tidak menjadi pengurus organisasi politik, Organisasi Profesi, atau kolegium, tidak menjabat dalam jabatan struktural baik di pemerintahan maupun di luar pemerintahan, dan memiliki pengetahuan, keahlian, dan pengalaman di salah satu bidang yang terdiri atas: pendidikan Tenaga Kesehatan, kerumahsakitatan atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya, mutu pelayanan publik, hukum kesehatan, kebijakan publik, dan/atau sosial budaya. Calon anggota Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia yang berasal dari kalangan pemerintah dan masyarakat dikecualikan dari ketentuan diatas.

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengangkatan dan persyaratan pimpinan dan anggota konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dan konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri. Pimpinan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia bersifat kolektif kolegial. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia mempunyai tugas merumuskan kebijakan internal dan standardisasi pelaksanaan tugas konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan. Pelaksanaan tugas perumusan kebijakan internal konsil Tenaga Kesehatan Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan bidang kesehatan.

Dalam melaksanakan tugas, konsil Tenaga Kesehatan Indonesia mempunyai fungsi:

- a) menyusun perencanaan pelaksanaan tugas konsil Tenaga Kesehatan Indonesia;
- b) melakukan identifikasi dan pengembangan metodologi dan standardisasi pelaksanaan tugas konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan;
- c) melakukan analisis manajemen risiko pelaksanaan tugas konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan;
- d) membina konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan;
- e) melakukan koordinasi antarkonsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan;
- f) mengelola sumber daya bersama dalam konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan;
- g) memberikan masukan atau umpan balik atas hasil pelaksanaan tugas konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan;
- h) menangani perselisihan atau permasalahan antarkonsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan;
- i) melakukan pemantauan terhadap pencapaian target kinerja konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan; dan
- j) menyusun dan menyampaikan laporan secara berkala kepada Menteri.

Konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan mempunyai tugas melakukan Registrasi dan pembinaan teknis keprofesian Tenaga Kesehatan. Dalam menjalankan tugas, konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan mempunyai fungsi menerbitkan STR Tenaga Kesehatan atas nama Menteri, mencabut STR

Tenaga Kesehatan dengan persetujuan Menteri, melakukan pengelolaan STR, melakukan penonaktifan dan pengaktifan kembali STR, melakukan pembinaan di bidang teknis keprofesian, menyusun standar kompetensi, melakukan pendataan tempat praktik Tenaga Kesehatan berdasarkan SIP, dan melakukan pendataan pelaksanaan penjagaan dan peningkatan mutu Tenaga Kesehatan.

Dalam melaksanakan fungsi konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan wajib menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan tugas secara berkala kepada konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. Pembinaan teknis keprofesian dilakukan sebagai dukungan terhadap pembinaan Tenaga Kesehatan yang dilaksanakan oleh Menteri. Pendataan tempat praktik Tenaga Kesehatan dilaksanakan berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah kabupaten/kota. Ketentuan lebih lanjut mengenai tugas dan fungsi Konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah. Menteri berwenang melakukan evaluasi dan koreksi terhadap STR yang diterbitkan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan. Ketentuan mengenai evaluasi dan koreksi diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Masa bakti keanggotaan konsil Tenaga Kesehatan Indonesia selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya. Pimpinan dan anggota Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia berhenti atau diberhentikan karena berakhir masa jabatan, mengundurkan diri atas permintaan sendiri, meninggal dunia, bertempat tinggal tetap di luar wilayah Republik Indonesia, tidak mampu melakukan tugas selama 10 (sepuluh) hari kerja secara berturut-turut atau kumulatif selama 28 (dua puluh delapan) hari

kerja dalam 1 (satu) tahun, dipidana karena melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap, tidak lagi memenuhi persyaratan sebagai pimpinan dan anggota Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, dan/atau tidak cakap dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya. Selain berhenti karena alasan di atas, pimpinan dan anggota konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dapat diberhentikan sementara karena menjadi tersangka dan ditahan atas suatu tindak pidana. Jangka waktu pemberhentian sementara terhitung sejak dilakukan penahanan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberhentian anggota konsil Tenaga Kesehatan Indonesia diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam melaksanakan tugasnya konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dibantu oleh sekretariat yang berkedudukan di bawah pimpinan tinggi madya pada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai tugas sekretariat ditetapkan oleh Menteri.

4) Pendanaan

Pendanaan untuk pelaksanaan tugas-tugas Konsil Kedokteran Indonesia, konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, konsil kedokteran, konsil kedokteran gigi, dan konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

h. Hak dan Kewajiban

1) Hak dan Kewajiban Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional, memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Pasien atau keluarganya, menerima imbalan jasa/kinerja, memperoleh perlindungan atas keselamatan, kesehatan kerja dan keamanan, memperoleh perlindungan atas perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai sosial budaya, mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya, menolak keinginan Pasien atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, kode etik, standar pelayanan, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang-undangan, dan memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat menghentikan Pelayanan Kesehatan apabila memperoleh perlakuan yang tidak sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai sosial budaya termasuk tindakan kekerasan dan pelecehan.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib memberikan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Pasien, memperoleh persetujuan dari Pasien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan, menjaga rahasia kesehatan Pasien, membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan, dan merujuk Pasien ke Tenaga

Medis atau Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Pasien dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana.

2) Hak dan Kewajiban Pasien

Pasien mempunyai hak mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai Pelayanan Kesehatan yang diterimanya, mendapatkan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu, menolak atau menyetujui tindakan medis, mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis, meminta pendapat Tenaga Medis lain, dan hak lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasien mempunyai kewajiban memberikan informasi yang lengkap, jujur, dan akurat tentang masalah kesehatannya; mematuhi nasihat dan petunjuk Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; mematuhi ketentuan yang berlaku di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima. Ketentuan lebih lanjut mengenai hak dan kewajiban Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan Pasien diatur dalam Peraturan Pemerintah.

i. Penyelenggaraan praktik:

1) Pengaturan umum:

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan bertanggung jawab moral untuk mengabdikan diri sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki, bersikap dan berperilaku

sesuai dengan etika profesi, mengutamakan kepentingan Pasien dan masyarakat di atas kepentingan pribadi atau kelompok, dan menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Dalam menjalankan praktik, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan kepada Pasien harus melaksanakan upaya terbaik. Upaya terbaik dilakukan sesuai dengan norma, standar pelayanan, dan standar profesi, serta kebutuhan Kesehatan Pasien. Upaya terbaik tidak menjamin keberhasilan Pelayanan Kesehatan yang diberikan. Praktik Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diselenggarakan berdasarkan kesepakatan antara Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan dengan Pasien berdasarkan prinsip kesetaraan dan transparansi. Dalam keadaan tertentu pelaksanaan praktik dapat memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi.

Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang berhalangan menyelenggarakan praktik harus membuat pemberitahuan atau menunjuk Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan pengganti. Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan pengganti merupakan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang mempunyai SIP. Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan pengganti harus memiliki kompetensi dan keahlian yang sama. Dalam hal Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan pengganti tidak memiliki kompetensi dan keahlian yang sama, Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan tersebut harus menginformasikan kepada Pasien yang bersangkutan. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang menyelenggarakan praktik perseorangan wajib menginformasikan identitas yang jelas termasuk nomor SIP dan STR pada tempat praktik

perseorangnya. Dalam hal Tenaga Medis berpraktik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memasang pengumuman daftar nama dan jadwal praktik Tenaga Medis. Setiap Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak melaksanakan ketentuan dikenai sanksi administratif.

Sanksi administratif dapat berupa teguran lisan, peringatan tertulis, denda administrative, dan/atau pencabutan izin. Sanksi administratif dikenakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif diatur dalam Peraturan Menteri. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilarang mendayagunakan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang tidak memiliki SIP untuk melakukan praktik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tersebut. Fasilitas pelayanan kesehatan dilarang meminta uang muka dan mendahulukan segala urusan administrasi sehingga menyebabkan tertundanya pelayanan kesehatan.

2) Kewenangan:

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik harus sesuai dengan kewenangan profesi yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang memiliki lebih dari satu jenjang pendidikan memiliki kewenangan profesi sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensi dan kualifikasi tertinggi. Ketentuan lebih lanjut mengenai kewenangan profesi diatur dalam Peraturan Pemerintah. Dalam keadaan tertentu, Tenaga

Medis dan Tenaga Kesehatan dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian pelayanan di luar kewenangan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

3) Pendelegasian Wewenang:

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat menerima pendelegasian wewenang untuk melakukan Pelayanan Kesehatan dengan kewajiban mempertanggungjawabkan kepada pendelegasi wewenang. Tanggung jawab hukum pendelegasian wewenang tetap pada pendelegasi wewenang. Penerima pendelegasian wewenang harus mempunyai kompetensi untuk melakukan tindakan dalam Pelayanan Kesehatan yang didelegasikan. Kompetensi diperoleh melalui pelatihan khusus. Ketentuan lebih lanjut mengenai pendelegasian wewenang diatur dalam Peraturan Menteri.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dapat melaksanakan pelayanan kedokteran dan/atau pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak adanya tenaga medis dan/atau apoteker di suatu wilayah tempat Tenaga Kesehatan bertugas, kebutuhan program pemerintah, dan/atau KLB, Wabah, dan darurat bencana lainnya. Tenaga Kesehatan merupakan tenaga keperawatan atau tenaga kebidanan untuk pelayanan kedokteran dan tenaga kefarmasian selain apoteker untuk pelayanan kefarmasian. Kondisi tidak adanya tenaga medis dan/atau apoteker ditetapkan oleh camat.

Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu dilaksanakan oleh Tenaga Kesehatan yang telah mengikuti pelatihan dengan memperhatikan kompetensi Tenaga Kesehatan. Pelatihan dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah. Dalam

menyelenggarakan pelatihan, Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat melibatkan Organisasi Profesi Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan terkait.

Pelaksanaan pelayanan kedokteran dan/atau pelayanan kefarmasian secara terbatas untuk kebutuhan program pemerintah dilaksanakan melalui penugasan Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah. Program pemerintah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelaksanaan program pemerintah dilaksanakan oleh Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan yang telah mengikuti pelatihan dengan memperhatikan kompetensi Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. Pelatihan dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan praktik Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri.

4) Standar Profesi, Standar Pelayanan, dan Standar Prosedur Operasional:

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berkewajiban untuk mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional. Standar profesi untuk masing-masing jenis Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan disusun oleh Organisasi Profesi bersama Kolegium dan ditetapkan oleh konsil. Standar pelayanan dibedakan menurut jenis dan strata Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Standar pelayanan diatur dalam Peraturan Pemerintah. Standar prosedur operasional ditetapkan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik dapat melakukan penelitian dan pengembangan. Penelitian dan pengembangan ditujukan

untuk mendukung pembangunan kesehatan di bidang ilmu pengetahuan, keahlian, kebijakan, dan teknologi melalui Upaya Kesehatan dan sumber daya kesehatan. Penelitian dan pengembangan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5) Persetujuan Tindakan Pelayanan Kesehatan:

Setiap tindakan Pelayanan Kesehatan perorangan yang dilakukan oleh Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan harus mendapat persetujuan. Persetujuan diberikan setelah Pasien mendapat penjelasan yang memadai. Penjelasan paling sedikit mencakup diagnosis, indikasi, tindakan Pelayanan Kesehatan yang dilakukan dan tujuannya; risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; alternatif tindakan lain dan risikonya; risiko bila tindakan tidak dilakukan; dan prognosis setelah memperoleh tindakan. Persetujuan dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan. Persetujuan tertulis harus diperoleh sebelum dilakukannya tindakan yang invasif dan/atau mengandung risiko tinggi. Persetujuan tindakan diberikan oleh Pasien yang bersangkutan. Dalam hal Pasien yang bersangkutan tidak mampu memberikan persetujuan, persetujuan tindakan dapat diberikan oleh yang mewakili. Persetujuan tertulis melakukan tindakan Pelayanan Kesehatan ditandatangani oleh Pasien atau yang mewakili, dan disaksikan oleh salah seorang Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. Dalam hal keadaan Pasien tidak cakap dan memerlukan tindakan segera akan tetapi tidak ada pihak yang dapat dimintai persetujuan, maka tidak diperlukan persetujuan tindakan. Tindakan dilakukan berdasarkan kepentingan terbaik Pasien yang diputuskan oleh Tenaga Kesehatan. Tindakan diinformasikan kepada Pasien

setelah Pasien telah cakap atau yang mewakili telah hadir. Ketentuan mengenai tata cara persetujuan tindakan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri. Selain mendapatkan penjelasan, Pasien juga mendapatkan penjelasan atas biaya Pelayanan Kesehatan yang diterimanya. Penjelasan atas biaya Pelayanan Kesehatan diberikan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pelayanan Kesehatan masyarakat yang merupakan program pemerintah tidak memerlukan persetujuan tindakan. Pelayanan Kesehatan tetap harus diinformasikan kepada masyarakat penerima Pelayanan Kesehatan tersebut.

6) Rekam Medis:

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan perorangan wajib membuat rekam medis. Dalam hal Pelayanan Kesehatan perorangan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan selain tempat praktik mandiri, penyelenggaraan rekam medis merupakan tanggung jawab Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Rekam medis harus segera dilengkapi setelah Pasien selesai menerima Pelayanan Kesehatan. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan atau tindakan. Rekam medis Pasien harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Dokumen rekam medis merupakan milik Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Setiap Pasien berhak untuk mengakses informasi yang terdapat dalam dokumen rekam medis. Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib

menjaga keamanan, keutuhan, kerahasiaan, dan ketersediaan data yang terdapat dalam dokumen rekam medis. Ketentuan lebih lanjut mengenai rekam medis diatur dalam Peraturan Pemerintah. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang memberikan Pelayanan Kesehatan di luar Pelayanan Kesehatan perorangan wajib membuat catatan Pelayanan Kesehatan yang dilakukan sehingga dapat diintegrasikan ke dalam sistem data pasien.

7) **Rahasia Kesehatan Pasien:**

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan wajib menyimpan rahasia Kesehatan pribadi Pasien. Pembukaan rahasia Kesehatan pribadi Pasien dapat dilakukan untuk kepentingan tertentu. Ketentuan lebih lanjut mengenai rahasia Kesehatan pribadi Pasien diatur dalam Peraturan Pemerintah. Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan wajib melaporkan kepada aparat penegak hukum jika dalam pemberian Pelayanan Kesehatan mengetahui atau menemukan dugaan tindak pidana. Wajib lapor dikecualikan dari rahasia Kesehatan.

8) **Kendali Mutu dan Kendali Biaya:**

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya serta memperhatikan keselamatan Pasien. Dalam rangka pelaksanaan kegiatan dapat diselenggarakan audit Pelayanan Kesehatan. Kendali mutu dan kendali biaya dalam Fasilitas Pelayanan Kesehatan merupakan tanggung jawab Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan) dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

9) Pelindungan bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dan Penerima Pelayanan Kesehatan

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan pelindungan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang merupakan Rumah Sakit membentuk komite medis, komite keperawatan, atau komite Tenaga Kesehatan lain sesuai kebutuhan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pemberian Pelayanan Kesehatan.

j. Organisasi Profesi:

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan harus membentuk Organisasi Profesi sebagai wadah untuk meningkatkan dan/atau mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, martabat, dan etika profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Setiap kelompok Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan hanya dapat membentuk 1 (satu) Organisasi Profesi. Pembentukan Organisasi Profesi dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

k. Kolegium

Kolegium dibentuk oleh perhimpunan praktik layanan profesi yang berperan sebagai pengarah, Pembina, dan penentu kebijakan pendidikan tenaga medis atau tenaga kesehatan. Kolegium berwenang menyusun dan mengembangkan standar pendidikan dan standar kompetensi cabang disiplin ilmu yang disahkan oleh Konsil, membuat kebijakan dan menyelenggarakan ujian kompetensi profesi, menerbitkan sertifikat kompetensi profesi, melakukan

pembinaan dan pemantauan penyelenggaraan Pendidikan, merekomendasi pembukaan program studi baru kepada Konsil, dan mengevaluasi pelaksanaan pendidikan di institusi Pendidikan. Pengurus Kolegium terdiri atas:

- a) Guru Besar dari masing-masing cabang disiplin ilmu;
- b) Kepala Departemen/Bagian Ilmu yang bersangkutan pada Institusi Pendidikan negeri dan swasta;
- c) Ketua Program Studi Ilmu yang bersangkutan;
- d) Ketua Perhimpunan Ilmu yang bersangkutan; dan
- e) Anggota yang diangkat oleh Ketua Kolegium.

1. Penegakan Disiplin Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan serta Penyelesaian Perselisihan

1) Penegakan disiplin Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan:

Dalam menegakkan disiplin profesi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan, Menteri membentuk majelis yang dapat bersifat permanen atau *ad hoc*. Majelis yang bersifat permanen memiliki fungsi untuk penegakan disiplin pada kelompok Tenaga Medis. Majelis yang bersifat *ad hoc* memiliki fungsi untuk penegakan disiplin pada kelompok Tenaga Kesehatan. Majelis bertanggung jawab kepada Menteri melalui Konsil Kedokteran Indonesia. Majelis bertanggung jawab kepada Menteri melalui konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan. Keanggotaan majelis berasal dari kalangan profesi Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan atas usulan Konsil Kedokteran Indonesia dan konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan sesuai kewenangannya. Majelis terdiri atas seorang ketua dan paling sedikit 2 (dua) orang anggota. Pengambilan keputusan majelis dilakukan secara kolektif kolegial. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengangkatan, masa bakti, dan persyaratan keanggotaan majelis dalam penegakan disiplin

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Setiap orang yang mengetahui atau kepentingannya dirugikan atas tindakan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan dalam menjalankan Pelayanan Kesehatan mengadakan secara tertulis kepada Konsil Kedokteran Indonesia atau konsil masing-masing kelompok Tenaga Kesehatan. Pengaduan paling sedikit harus memuat: identitas pengadu, nama dan alamat tempat praktik Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan dan waktu tindakan dilakukan, dan alasan pengaduan.

Majelis untuk penegakan disiplin Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan memeriksa dan memberikan keputusan terhadap pengaduan yang berkaitan dengan disiplin Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan. Pemeriksaan majelis terhadap pengaduan dapat memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi. Putusan majelis untuk penegakan disiplin Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan berupa pernyataan tidak melanggar disiplin profesi dan melanggar disiplin profesi. Pelanggaran disiplin profesi diberi sanksi disiplin peringatan tertulis, kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan tinggi bidang kesehatan atau Rumah Sakit pendidikan terdekat yang memiliki kompetensi untuk melakukan pelatihan tersebut, dan/atau penonaktifan STR untuk sementara waktu. Putusan majelis bersifat mengikat Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, Konsil Kedokteran Indonesia dan konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. Dalam hal Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan sudah melaksanakan sanksi yang dijatuhkan oleh majelis, aparat penegak hukum wajib mengutamakan penyelesaian perselisihan dengan mekanisme keadilan restoratif. Putusan majelis dapat diajukan peninjauan kembali kepada Menteri. Peninjauan kembali dapat diajukan apabila memenuhi

persyaratan: ditemukan bukti baru, kesalahan penerapan pelanggaran disiplin, atau terdapat dugaan konflik kepentingan pada diri majelis terhadap yang diperiksa.

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas dan fungsi majelis, tata cara penanganan kasus, tata cara pengaduan, dan tata cara pemeriksaan serta pemberian putusan majelis dan tata cara peninjauan kembali, dan pelaksanaan sanksi disiplin diatur dalam Peraturan Pemerintah. Segala pendanaan kegiatan majelis dalam penegakan disiplin Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan dibebankan kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

2) Penyelesaian perselisihan:

Setiap Pasien yang dirugikan akibat kesalahan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan dapat meminta ganti rugi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam hal Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan diduga melakukan kesalahan dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada Pasien, perselisihan yang timbul akibat kesalahan tersebut diselesaikan terlebih dahulu melalui alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan.

Pengaduan kepada majelis dalam rangka penegakan disiplin Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan dan penyelesaian sengketa melalui alternatif penyelesaian sengketa di luar pengadilan tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan adanya dugaan tindak pidana kepada pihak yang berwenang dan/atau menggugat kerugian perdata ke pengadilan.

m. Larangan:

Setiap orang dilarang tanpa hak menggunakan identitas berupa gelar atau bentuk lain yang menimbulkan kesan bagi masyarakat yang bersangkutan adalah Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang telah memiliki STR dan/atau SIP; menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang menimbulkan kesan yang bersangkutan adalah Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang telah memiliki STR dan/atau SIP; dan melakukan praktik sebagai Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan tanpa memiliki STR dan/atau SIP.

8. Perbekalan Kesehatan

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan Perbekalan Kesehatan, terutama Obat esensial dan Obat program nasional. Dalam menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan Perbekalan Kesehatan, dilaksanakan melalui perencanaan, penyediaan, dan pendistribusian. Dalam keadaan darurat, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat melakukan kebijakan khusus untuk pengadaan dan pemanfaatan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan lain. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah merencanakan kebutuhan Perbekalan Kesehatan. Perencanaan kebutuhan Perbekalan Kesehatan oleh Pemerintah Daerah mengacu pada norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Perencanaan kebutuhan Perbekalan Kesehatan dapat menggunakan teknologi informasi. Pengadaan Perbekalan Kesehatan mengutamakan produk dalam negeri. Ketentuan mengenai pengadaan Perbekalan Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pengelolaan Perbekalan Kesehatan dilakukan agar kebutuhan dasar masyarakat akan Perbekalan Kesehatan terpenuhi. Pengelolaan Perbekalan Kesehatan yang berupa Obat esensial,

Obat program nasional, dan Alat Kesehatan dasar tertentu dilaksanakan dengan memperhatikan kemanfaatan, harga, dan faktor yang berkaitan dengan pemerataan. Pemerintah Pusat menyusun daftar dan jenis Obat esensial yang harus tersedia bagi kepentingan masyarakat dalam bentuk daftar Obat esensial nasional. Daftar Obat esensial nasional ditinjau dan disempurnakan paling lama setiap 2 (dua) tahun sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan teknologi.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin agar Obat esensial nasional tersedia secara merata dan terjangkau oleh masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin ketersediaan dan keterjangkauan Perbekalan Kesehatan berupa Obat generik yang termasuk dalam daftar Obat esensial nasional, dan Obat program nasional. Pemerintah Pusat berwenang mengendalikan dan menetapkan harga Obat generik. Untuk menjamin ketahanan nasional, Obat generik *International Nonproprietary Name* (INN) yang dipasarkan di Indonesia hanya boleh dibuat oleh industri farmasi dalam negeri. Industri farmasi dalam negeri dapat diberikan fasilitas/insentif, baik fiskal maupun nonfiskal.

Untuk menjamin ketersediaan dan keterjangkauan Obat yang masih dilindungi paten, dapat dilakukan intervensi berupa: pelaksanaan paten oleh Pemerintah Pusat; atau lisensi wajib. Pelaksanaan paten oleh Pemerintah Pusat atau lisensi wajib dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pendistribusian Perbekalan Kesehatan dilakukan oleh pelaku usaha sebagai distributor Perbekalan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pendistribusian Perbekalan Kesehatan harus dilakukan sesuai dengan cara distribusi yang baik. Setiap distributor Perbekalan Kesehatan berupa Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan harus menyampaikan laporan kegiatan pendistribusian kepada Menteri.

Obat digolongkan menjadi Obat dengan resep dokter dan Obat tanpa resep dokter. Ketentuan lebih lanjut mengenai penggolongan Obat diatur dalam Peraturan Pemerintah Obat Tradisional digolongkan menjadi jamu dan Obat herbal. Jamu terdiri atas jamu empiris, jamu terstandar, dan jamu fitofarmaka. Obat herbal terdiri atas Obat herbal terstandar, Obat herbal fitofarmaka, dan Obat herbal impor. Ketentuan lebih lanjut mengenai penggolongan Obat Tradisional diatur dalam Peraturan Pemerintah.

9. Ketahanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Sumber Sediaan Farmasi yang berasal dari alam semesta dan sudah terbukti berkhasiat, halal, dan aman digunakan dalam pencegahan, pengobatan, dan/atau perawatan, serta pemeliharaan Kesehatan, tetap harus dijaga kelestariannya. Masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengolah, memproduksi, mengedarkan, mengembangkan, meningkatkan, dan menggunakan Sediaan Farmasi yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya. Pengolahan, produksi, peredaran, pengembangan, peningkatan, dan penggunaan Sediaan Farmasi diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin pengembangan dan kelestarian sumber Sediaan Farmasi yang berasal dari alam semesta.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendorong dan mengarahkan penemuan dan pengembangan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dengan memanfaatkan potensi nasional yang tersedia. Penemuan dan pengembangan diarahkan untuk Obat, bahan Obat, vaksin, bahan alam yang berkhasiat Obat, dan Alat Kesehatan. Penemuan dan pengembangan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta kelestarian lingkungan hidup, sumber daya alam, norma agama dan kearifan sosial budaya. Penemuan dan pengembangan dapat dilakukan oleh

industri farmasi, industri alat kesehatan, lembaga penelitian, dan perguruan tinggi.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah menjamin penemuan, pengembangan, dan pemeliharaan bahan baku Obat Tradisional. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendorong pemanfaatan sumber daya alam guna penemuan dan pengembangan Obat Tradisional dengan tetap memperhatikan kelestarian lingkungan hidup dan sosial budaya. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam mendorong pemanfaatan sumber daya alam guna penemuan dan pengembangan Obat Tradisional harus menciptakan iklim usaha yang sehat bagi masyarakat dan pelaku usaha. Ketentuan lebih lanjut mengenai upaya penemuan dan pengembangan, dan pemeliharaan Obat Tradisional diatur dengan Peraturan Menteri.

Pengembangan Obat Tradisional bertujuan untuk memanfaatkan sumber daya alam dan ramuan tradisional secara berkelanjutan dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan; menjamin pengelolaan potensi alam sehingga mempunyai daya saing yang tinggi sebagai sumber ekonomi masyarakat; dan menyediakan keunggulan yang memberikan multi manfaat. Untuk mewujudkan kemandirian Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendorong percepatan kemandirian industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan. Percepatan kemandirian industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dilakukan melalui pengembangan dan penguatan industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dari hulu hingga hilir secara terintegrasi dengan target meningkatkan kualitas dan kuantitas produksi dalam negeri untuk ketahanan dan kemajuan Kesehatan nasional. Pemenuhan kebutuhan ketahanan Kesehatan nasional dilakukan secara bertahap sesuai dengan prioritas nasional.

Pengembangan dan penguatan industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dilakukan dengan meningkatkan daya saing

industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan; memberikan dukungan bagi penguasaan dan pemanfaatan teknologi dan inovasi, serta riset dan pengembangan dalam bidang Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan; memproduksi Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dalam negeri untuk pemenuhan kebutuhan dalam negeri dan ekspor serta meningkatkan kegiatan industri/utilisasi kapasitas industri; memastikan penggunaan bahan baku Obat produksi dalam negeri oleh industri farmasi dalam negeri; mendorong penggunaan dan pemenuhan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan yang diproduksi dalam negeri; dan mengoptimalkan peran akademisi, pelaku usaha, pemerintah, dan masyarakat.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendorong industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dan masyarakat untuk meningkatkan penggunaan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dalam negeri. Industri Sediaan Farmasi berupa industri Obat harus memprioritaskan penggunaan bahan baku Obat produksi dalam negeri. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan swasta dalam mengadakan Obat harus memprioritaskan Obat yang menggunakan bahan baku Obat produksi dalam negeri. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melakukan upaya ketahanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan melalui penerbitan kebijakan dan peraturan termasuk memberikan insentif pada pelaku usaha yang ikut berupaya mewujudkan ketahanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan; pemberian kemudahan dalam pelaksanaan riset dan transfer teknologi untuk mendukung ketahanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan berupa fasilitasi infrastruktur, suprastruktur, anggaran dan regulasi; pemberian dukungan penggunaan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan produksi dalam negeri dengan memberikan jaminan pasar yang sehat; pengembangan industri bahan baku dan pemanfaatan produk bahan bakunya; peningkatan penelitian dan pengembangan; dan percepatan lisensi wajib atau pelaksanaan

paten oleh Pemerintah Pusat dalam kondisi bencana, KLB atau Wabah.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah memberikan kemudahan dalam penyelenggaraan hilirisasi riset nasional untuk meningkatkan daya saing industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah membangun ekosistem riset yang terdiri dari infrastruktur penelitian, kemudahan perizinan riset dan pendukung riset, dan sumber daya manusia. Infrastruktur penelitian dibangun oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah memberikan kemudahan perizinan riset dan pendukung riset tanpa mengurangi perlindungan terhadap nilai-nilai penelitian. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat memberikan dukungan bagi institusi dan/atau masyarakat yang melakukan investasi riset kefarmasian dan Alat Kesehatan. Ketentuan mengenai percepatan pengembangan dan ketahanan industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam rangka mendukung kemandirian industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan, Pemerintah Pusat dapat memberikan prioritas insentif bagi industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan. Prioritas insentif termasuk bagi setiap industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan yang melakukan kegiatan penelitian, pengembangan dan inovasi di dalam negeri. Insentif berupa fiskal dan nonfiskal. Ketentuan mengenai pemberian prioritas insentif bagi industri Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

10. Sistem Infomasi Kesehatan

a. Sistem Informasi Kesehatan secara umum

Dalam rangka menyelenggarakan Upaya Kesehatan yang efektif dan efisien diselenggarakan Sistem Informasi Kesehatan. Sistem Informasi Kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah

Pusat, Pemerintah Daerah, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan masyarakat, baik perorangan maupun kelompok. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menghubungkan sistem yang dikelolanya dengan sistem yang mengintegrasikan seluruh Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dapat memberikan dukungan berupa bantuan teknis kepada penyelenggaraan sistem dalam pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan.

b. Tata Kelola Sistem Informasi Kesehatan

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan melaksanakan tata kelola yang mendukung pelayanan dan pelaporan di bidang Kesehatan. Tata kelola Sistem Informasi Kesehatan merupakan rangkaian untuk menjamin mutu dan keandalan sistem. Tata kelola Sistem Informasi Kesehatan dituangkan dalam dokumen arsitektur Sistem Informasi Kesehatan. Dokumen arsitektur Sistem Informasi Kesehatan meliputi proses bisnis, data dan informasi, infrastruktur, aplikasi, keamanan, dan layanan. Dokumen arsitektur Sistem Informasi Kesehatan disusun sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Menteri. Selain untuk kepentingan, penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan juga ditujukan untuk pengembangan sistem informasi di bidang bioteknologi Kesehatan.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib melakukan pengelolaan, pemrosesan, dan/atau penyimpanan Sistem Informasi Kesehatan dan data informasi Kesehatan di wilayah Indonesia. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan dapat melakukan pengelolaan, pemrosesan, dan/atau penyimpanan Sistem Informasi Kesehatan dan data informasi Kesehatan di luar wilayah Indonesia dalam hal teknologi pengelolaan, pemrosesan, dan/atau penyimpanan tidak tersedia di dalam negeri. Pengelolaan, pemrosesan, dan/atau penyimpanan Sistem Informasi Kesehatan

dan data informasi Kesehatan di luar wilayah Indonesia dilakukan atas izin Menteri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib memastikan keandalan Sistem Informasi Kesehatan yang meliputi ketersediaan, keamanan, pemeliharaan, dan integrasi. Keandalan Sistem Informasi Kesehatan dilaksanakan dengan cara menguji kelaikan sistem, menjaga kerahasiaan data, menentukan kebijakan hak akses data, memiliki sertifikasi keandalan sistem, dan melakukan audit secara berkala. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menerapkan pengamanan untuk memastikan keandalan sistem. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menyediakan data dan informasi yang berkualitas dan terintegrasi. Masyarakat hanya dapat mengakses data yang bersifat publik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai keterbukaan informasi publik. Masyarakat dapat mengakses data Kesehatan dirinya melalui penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan. Pengelolaan data dan informasi Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang tata kelola data.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib melaksanakan pengelolaan data dan informasi Kesehatan yang meliputi perencanaan, pengumpulan, pemeriksaan, transfer, dan pemanfaatan. Perencanaan ditujukan untuk menentukan daftar data dan informasi yang akan dikumpulkan. Pengumpulan dilaksanakan sesuai dengan hasil perencanaan data. Pemeriksaan dilaksanakan dalam rangka menjamin kualitas data dan informasi. Transfer dilaksanakan antar penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan melalui sistem layanan integrasi Kesehatan milik kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Data dan informasi yang dikelola oleh Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan dapat ditransfer ke luar wilayah Indonesia untuk tujuan yang spesifik dan terbatas dengan

mendapat izin dari Menteri. Pemanfaatan dilaksanakan untuk Kesehatan perseorangan, Kesehatan masyarakat, pembangunan Kesehatan, dan pengambilan kebijakan. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan dapat memusnahkan data dan informasi setelah berakhirnya masa penyimpanan. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib mencatat riwayat pengelolaan data dan informasi, termasuk pemusnahan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengelolaan data dan informasi Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Sistem Informasi Kesehatan memuat data dan informasi yang bersumber dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, instansi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, badan/lembaga yang menyelenggarakan program jaminan sosial nasional, badan/lembaga lain yang menyelenggarakan kegiatan di bidang Kesehatan, kegiatan masyarakat selain Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pelaporan mandiri perorangan, dan sumber lainnya. Data dan informasi terdiri atas data dan informasi pribadi dan data dan informasi publik.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menjamin perlindungan data dan informasi Kesehatan setiap individu. Pengelolaan data dan informasi Kesehatan yang menggunakan data Kesehatan individu wajib mendapatkan persetujuan dari pemilik data. Pemilik berhak: mendapatkan informasi mengenai tujuan pengumpulan data kesehatan individu; mengakses dan melakukan perbaikan data dan informasi melalui penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan; meminta penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan mengirimkan datanya ke penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan lainnya; dan meminta penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan menghapus data yang tidak benar atas persetujuan pemilik data. Dikecualikan dari ketentuan diatas, terhadap: data dan informasi Kesehatan yang tidak dapat ditelusuri identitasnya atau berupa data agregat; dan/atau data dan

informasi Kesehatan untuk kepentingan umum atau kepentingan lain yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib menginformasikan kepada pemilik data apabila terdapat kegagalan perlindungan data dan informasi Kesehatan individu. Penyelenggara Sistem Informasi Kesehatan wajib melaporkan kepada penegak hukum dan lembaga terkait apabila terjadi kegagalan dan/atau gangguan yang serius dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai perlindungan data dan informasi Kesehatan setiap individu dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

11. Teknologi Kesehatan

Teknologi Kesehatan diselenggarakan, diteliti, diproduksi, diedarkan, dikembangkan, dan/atau dimanfaatkan bagi Kesehatan. Teknologi Kesehatan termasuk perangkat keras dan perangkat lunak. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendorong pemanfaatan produk Teknologi Kesehatan dalam negeri. Teknologi Kesehatan harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam mengembangkan Teknologi Kesehatan dapat dilakukan penelitian dalam laboratorium, penelitian terhadap manusia, dan/atau penelitian terhadap hewan. Penelitian harus memiliki protokol penelitian yang jelas, menggunakan kaidah ilmiah yang bisa diterima, lulus kaji etik, dan memiliki izin dari pihak yang berwenang. Penelitian harus memperhatikan manfaat, risiko, keselamatan manusia, dan kelestarian lingkungan hidup. Dalam hal penelitian Kesehatan dilakukan terhadap manusia maka harus mendapat persetujuan dari pihak yang menjadi subjek penelitian.

Penelitian terhadap manusia dilakukan dengan menghormati hak-hak subjek penelitian termasuk jaminan tidak merugikan manusia yang dijadikan subjek penelitian. Penelitian terhadap hewan harus dijamin untuk melindungi kelestarian hewan tersebut

serta mencegah dampak buruk yang tidak langsung bagi kesehatan manusia. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan penelitian dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Setiap penelitian dan pengembangan Teknologi Kesehatan harus mempertimbangkan potensi risiko dan manfaatnya terhadap Kesehatan masyarakat. Ketentuan lebih lanjut mengenai penelitian dan pengembangan Teknologi Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam rangka mendukung Pelayanan Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendorong pemanfaatan teknologi biomedis. Pemanfaatan teknologi biomedis mencakup teknologi genomik, transkriptomik, proteomik, dan metabolomik terkait organisme, jaringan, sel, dan biomolekul. Pemanfaatan teknologi biomedis dilakukan mulai dari kegiatan pengambilan spesimen, penyimpanan spesimen jangka panjang, serta pengelolaan dan pemanfaatan spesimen dan data terkait, yang ditujukan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan Teknologi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan, termasuk pelayanan kedokteran presisi (*precision medicine*). Pengambilan spesimen, penyimpanan spesimen jangka panjang, serta pengelolaan dan pemanfaatan spesimen dan data terkait wajib mendapatkan persetujuan dari Pasien dan/atau pendonor. Namun, pengelolaan dan pemanfaatan spesimen dan data terkait tidak wajib mendapatkan persetujuan dari Pasien dan/atau pendonor apabila: data yang tidak dapat ditelusuri identitasnya atau berupa data agregat, data untuk kepentingan penelitian ilmiah tertentu, data untuk kepentingan hukum, dan/atau data untuk kepentingan umum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyimpanan dan pengelolaan spesimen harus dilakukan oleh biobank atau biorepositori. Biobank atau biorepositori diselenggarakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan, laboratorium diagnostik, institusi pendidikan, dan lembaga penelitian dan

pengembangan Kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta. Penyelenggaraan biobank atau biorepositori harus mendapatkan penetapan dari Menteri. Penyelenggaraan biobank atau biorepositori wajib menerapkan prinsip: keamanan, kerahasiaan atau privasi, akuntabilitas, kemanfaatan, kepentingan umum, penghormatan terhadap hak asasi manusia, etika, hukum, medikolegal, dan sosial budaya. Penyelenggara biobank atau biorepositori wajib menyimpan spesimen dan data di dalam negeri. Penyelenggara biobank atau biorepositori dapat mengintegrasikan data dan informasi spesimen dengan Sistem Informasi Kesehatan yang diselenggarakan oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pengalihan dan penggunaan spesimen, data, dan informasi ke luar wilayah Indonesia dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip pemeliharaan kekayaan sumber daya hayati dan genetika Indonesia. Pengalihan dan penggunaan spesimen, data, dan informasi ke luar wilayah Indonesia hanya dapat dilakukan apabila pemeriksaan spesimen termasuk genomik belum dapat dilakukan di dalam negeri, dan/atau untuk tujuan penelitian. Pengalihan dan penggunaan spesimen, data, dan informasi ke luar wilayah Indonesia harus dilengkapi Perjanjian Alih Material/*Material Transfer Agreement* yang disusun berdasarkan asas kesetaraan dan keadilan. Setiap pengalihan dan penggunaan spesimen, data, dan informasi ke luar wilayah Indonesia hanya dapat dilakukan setelah mendapatkan persetujuan Menteri.

Pengambilan dan pengiriman spesimen hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan serta dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tertentu. Ketentuan mengenai syarat dan tata cara pengambilan dan pengiriman spesimen dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Setiap orang dilarang melakukan diskriminasi atas hasil pemeriksaan dan analisis genetik seseorang. Setiap orang yang

melanggar ketentuan larangan dikenakan sanksi administratif oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berupa pengenaan denda administratif sampai dengan pencabutan izin. Ketentuan mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Terhadap penggunaan spesimen, data, dan informasi biomedis oleh industri atau untuk kepentingan komersial harus mendapatkan izin Menteri. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan teknologi biomedis diatur dalam Peraturan Pemerintah.

12. Pengaturan mengenai Wabah Penyakit Menular:

a. Ketentuan Umum mengenai Wabah Penyakit Menular

Untuk melindungi masyarakat dari Wabah, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melaksanakan kegiatan Kewaspadaan Wabah, Penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah. Dalam melaksanakan kegiatan Kewaspadaan Wabah, Penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat membentuk satuan tugas yang melibatkan unsur Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, akademisi atau pakar, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Republik Indonesia, lintas sektor, dan tokoh masyarakat/agama.

Pelaksanaan kegiatan Kewaspadaan Wabah, Penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah secara teknis Kesehatan dikoordinasikan oleh Menteri bekerja sama dengan pimpinan kementerian/lembaga terkait sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pimpinan kementerian/lembaga terkait wajib memberikan dukungan dalam pelaksanaan kegiatan Kewaspadaan Wabah, Penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah.

b. Penetapan Jenis Penyakit yang Berpotensi Menimbulkan Wabah

Dalam rangka Kewaspadaan wabah ditetapkan jenis penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah. Jenis penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dikategorikan dalam: penyakit menular endemis tertentu, penyakit menular baru, dan/atau penyakit menular lama yang muncul kembali. Jenis penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah ditetapkan berdasarkan kriteria: penyakit yang disebabkan oleh agen biologi, dapat menular dari manusia ke manusia dan/atau dari hewan ke manusia, berpotensi menimbulkan sakit yang parah, kecacatan, dan/atau kematian, dan berpotensi meningkat dan menyebar secara cepat. Jenis penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah ditetapkan oleh Menteri. Menteri dapat menetapkan perubahan jenis penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dengan mempertimbangkan perkembangan epidemiologis penyakit, sosial budaya, keamanan, ekonomi, dan ilmu pengetahuan dan teknologi.

c. Kewaspadaan Wabah di Wilayah

Dalam rangka Kewaspadaan Wabah di wilayah, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi harus melaksanakan kegiatan dengan pemantauan terhadap terjadinya jenis penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dan pemetaan faktor risiko terjadinya Wabah, penanganan terhadap kasus penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dan faktor risikonya, penetapan Daerah Terjangkit KLB dan Penanggulangan KLB, dan kesiapsiagaan sumber daya bila sewaktu-waktu terjadi Wabah. Kegiatan dilaksanakan secara komprehensif dan berkesinambungan.

d. Kewaspadaan Wabah dan Karantina di Pintu Masuk

1) Ketentuan Umum mengenai Kewaspadaan Wabah dan Karantina di Pintu Masuk.

Dalam rangka Kewaspadaan Wabah dan karantina di Pintu Masuk, Pemerintah Pusat melaksanakan kegiatan pengamatan penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dan/atau ancaman terhadap ketahanan nasional di bidang kesehatan. Dalam melaksanakan kegiatan pengamatan penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dan/atau ancaman terhadap ketahanan nasional di bidang kesehatan maka dibentuk BKKN. BKKN berkedudukan di ibukota negara dan dapat membentuk kantor perwakilan di provinsi dan/atau kabupaten/kota sesuai kebutuhan dan kemampuan anggaran negara. BKKN dipimpin kepala badan yang diangkat oleh Presiden. Masa jabatan BKKN selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan yang sama. Ketentuan lebih lanjut mengenai BKKN diatur dengan Peraturan Presiden.

Dalam rangka pengamatan penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dan/atau ancaman terhadap ketahanan nasional di bidang kesehatan dilakukan pengawasan terhadap alat angkut, orang, barang dan/atau lingkungan. Pengawasan terhadap alat angkut dilakukan terhadap kapal, pesawat udara, dan kendaraan darat yang melayani angkutan sipil baik pada saat kedatangan maupun keberangkatan. Selain terhadap kapal, pesawat udara, dan kendaraan darat yang melayani angkutan sipil), pengawasan juga dilakukan terhadap kapal, pesawat udara, dan kendaraan darat non sipil untuk kebutuhan transportasi perang, pejabat negara, dan/atau tamu negara, yang

pelaksanaannya berkoordinasi dengan kementerian/ lembaga terkait. Dalam hal ditemukan penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dan/atau ancaman terhadap ketahanan nasional di bidang kesehatan di Pintu Masuk, maka segera dilakukan tindakan penanggulangan. Tindakan penanggulangan dapat berupa: skrining, rujukan, isolasi atau karantina, pemberian kekebalan, pemberian profilaksis, disinfeksi, dekontaminasi terhadap orang sesuai indikasi, disinfeksi, dekontaminasi, disinseksi, deratisasi terhadap alat angkut dan Barang, dan/atau tindakan penanggulangan lainnya. Tindakan penanggulangan dilakukan sesuai dengan jenis agen penyakit dan cara penyebarannya. Dalam hal terdapat orang yang tidak bersedia dilakukan tindakan penanggulangan. BKKN berwenang merekomendasikan kepada maskapai penerbangan, agen pelayaran, atau agen kendaraan darat untuk menunda keberangkatan atau mengeluarkan rekomendasi kepada pejabat imigrasi untuk dilakukan penolakan. Ketentuan lebih lanjut mengenai tindakan penanggulangan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam hal BKKN mendapatkan informasi mengenai terjadinya peningkatan penularan penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah di negara lain, BKKN harus meningkatkan kewaspadaan dan melakukan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka cegah tangkal penyakit di Pintu Masuk. Dalam hal Wabah telah menyebar di berbagai negara, BKKN mengeluarkan peraturan tata laksana pengawasan dan/atau tindakan penanggulangan terhadap alat angkut yang datang dari atau ke luar negeri sesuai dengan karakteristik penyebab/agen penyakit dan

cara penularannya, termasuk kemungkinan pembatasan mobilitas orang dan barang di Pintu Masuk. Dalam rangka cegah tangkal penyakit di Pintu Masuk BKKN dapat merekomendasikan penutupan Pintu Masuk kepada Presiden.

2) Pengawasan Alat Angkut pada saat Kedatangan dan Keberangkatan.

Setiap kapal, pesawat udara, dan kendaraan darat yang datang dari atau berangkat ke luar negeri atau datang dari Daerah Terjangkit, berada dalam pengawasan BKKN. Setiap nakhoda, kapten penerbang, atau pengemudi pada saat kedatangan atau melewati pos lintas batas negara wajib menginformasikan apabila terdapat orang sakit dan/atau meninggal yang diduga kuat diakibatkan oleh penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah kepada Petugas Karantina Kesehatan. Penyampaian informasi, bagi nakhoda atau kapten penerbang dilakukan dengan menyerahkan dokumen Deklarasi Kesehatan Maritim (*Maritime Declaration of Health*) untuk kapal; atau Deklarasi Kesehatan Penerbangan (*Health Part of the Aircraft General Declaration*) untuk pesawat udara, pada saat kedatangan kepada Petugas Karantina Kesehatan. Nakhoda kapal atau kapten penerbang dilarang menurunkan atau menaikkan orang dan/atau barang sebelum mendapat surat persetujuan dari BKKN.

Terhadap kendaraan darat yang terdapat orang sakit dan/atau meninggal yang diduga kuat diakibatkan oleh penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah, Petugas Karantina Kesehatan berwenang melakukan pemeriksaan dan tindakan penanggulangan. Ketentuan mengenai kegiatan

pemeriksaan dan tindakan penanggulangan terhadap kendaraan darat di pos lintas batas negara diatur melalui perjanjian antara kedua negara. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengawasan terhadap kapal, pesawat udara, dan kendaraan darat diatur dalam Peraturan Pemerintah.

3) Dokumen Karantina Kesehatan:

Setiap alat angkut yang datang dari atau berangkat ke luar negeri harus dilengkapi dengan Dokumen Karantina Kesehatan. Dokumen Karantina Kesehatan dimaksudkan sebagai alat pengawasan dan pencegahan masuk dan/atau keluarnya penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah. Dokumen Karantina Kesehatan terdiri atas: deklarasi kesehatan, surat keterangan bebas karantina (*free pratique*), sertifikat sanitasi, sertifikat obat-obatan dan Alat Kesehatan, buku kesehatan untuk kapal, dan surat persetujuan berlayar karantina kesehatan (*port health quarantine clearance*) untuk kapal. Alat angkut yang membawa:

- a. orang sakit, harus dilengkapi dengan surat keterangan pengangkutan orang sakit;
- b. jenazah atau abu jenazah, harus dilengkapi dengan surat izin pengangkutan jenazah atau abu jenazah (*human remains transport certificate*), dan surat keterangan kematian dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan/atau
- c. bahan berbahaya, harus dilengkapi dengan sertifikat Kesehatan untuk bahan berbahaya.

Alat angkut yang datang dari atau berangkat ke negara yang mempersyaratkan sertifikat vaksinasi internasional (*international certificate of vaccination or prophylaxis*), maka setiap penumpang harus dilengkapi

dengan sertifikat vaksinasi internasional (*international certificate of vaccination or prophylaxis*). Dokumen Karantina Kesehatan untuk Obat, makanan, kosmetik, Alat Kesehatan, dan bahan adiktif berdasarkan permintaan negara tertentu, BKKN menerbitkan sertifikat kesehatan atau surat keterangan tentang Obat, makanan, kosmetik, Alat Kesehatan, dan bahan adiktif. Menteri menetapkan penyesuaian perubahan Dokumen Karantina Kesehatan apabila ada perkembangan regulasi internasional mengenai Dokumen Karantina Kesehatan.

e. Daerah Wabah

Menteri menetapkan atau mencabut penetapan daerah tertentu sebagai Daerah Terjangkit Wabah. Untuk menetapkan daerah tertentu sebagai Daerah Terjangkit Wabah Menteri mempertimbangkan aspek etiologi penyakit, situasi kasus dan kematian, kapasitas Pelayanan Kesehatan, dan/atau kondisi masyarakat. Ketentuan mengenai penetapan dan pencabutan penetapan Daerah Terjangkit Wabah diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam hal Wabah berdampak mengancam dan berpotensi mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang menyebabkan jumlah korban, kerugian ekonomi, cakupan luas wilayah yang terkena Wabah, dampak sosial ekonomi yang ditimbulkan, kerusakan lingkungan, Menteri mengusulkan penetapan Wabah sebagai bencana nasional nonalam kepada Presiden.

Dalam hal terjadi situasi Wabah, Presiden menetapkan Wabah sebagai bencana nasional nonalam sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

f. Penanggulangan Wabah

Penanggulangan Wabah dilaksanakan segera setelah penetapan Daerah Terjangkit Wabah dengan memperhatikan asas kemanusiaan, sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan. Penanggulangan Wabah dilakukan melalui kegiatan investigasi penyakit, penguatan surveilans, penanganan penderita, pengendalian faktor risiko, penanganan terhadap populasi berisiko, komunikasi risiko, dan/atau tindakan penanggulangan lainnya.

Investigasi penyakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 380 huruf a dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang etiologi penyakit, sumber penyakit, dan cara penularan atau penyebaran penyakit Wabah. Informasi mengenai etiologi penyakit, sumber penyakit dan cara penularan atau penyebaran penyakit Wabah digunakan sebagai pertimbangan dalam menentukan tindakan penanggulangan.

Penguatan surveilans dilakukan untuk penemuan kasus dan identifikasi mendalam tentang karakteristik dari etiologi/agen penyakit dan faktor risikonya dengan berbasis laboratorium dan/atau penelitian ilmiah. Surveilans dilakukan melalui kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus tentang kejadian penyakit dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan penanggulangan penyakit secara efektif dan efisien.

Penanganan penderita dilakukan upaya tata laksana penderita sesuai dengan kebutuhan medis. Penanganan penderita meliputi: isolasi, karantina, dan/atau pengobatan dan perawatan. Isolasi dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau tempat lain yang memungkinkan penderita mendapatkan akses Pelayanan Kesehatan untuk mempertahankan kehidupannya. Karantina dapat

dilaksanakan di rumah, rumah sakit, tempat kerja, alat angkut, hotel, wisma, asrama, dan tempat atau wilayah lainnya dengan mempertimbangkan aspek epidemiologi. Karantina dapat dilakukan terhadap orang, barang, dan alat angkut. Pengobatan dan perawatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bersama dengan masyarakat bertanggung jawab memfasilitasi pelaksanaan isolasi atau karantina. Dalam hal penderita memenuhi kriteria untuk dilakukan tindakan isolasi atau karantina, wajib dilakukan isolasi atau karantina guna mengurangi terjadinya penyebaran penyakit Wabah.

Pengendalian faktor risiko dilakukan untuk memutuskan rantai penularan penyakit dari faktor risiko yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan dan perkembangan teknologi serta karakteristik dari faktor risiko tersebut, termasuk kemungkinan pemusnahan faktor risiko dimaksud. Penanganan faktor risiko meliputi: penyehatan, pengamanan, dan pengendalian yang ditujukan untuk memperbaiki faktor risiko lingkungan dan/atau memusnahkan agen biologi penyebab penyakit, pencegahan dan pengendalian infeksi, dan/atau penanganan jenazah.

Penanganan terhadap populasi berisiko dilakukan untuk mencegah dan mengurangi risiko penyebaran penyakit. Penanganan terhadap populasi berisiko meliputi: pemberian kekebalan, pemberian profilaksis, dan/atau pembatasan kegiatan sosial kemasyarakatan. Pembatasan kegiatan sosial kemasyarakatan meliputi: peliburan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum, dan/atau pembatasan kegiatan lainnya.

Komunikasi risiko dilakukan untuk memberikan pemahaman kepada masyarakat dan meningkatkan peran

masyarakat dalam upaya penanggulangan Wabah. Komunikasi risiko dilakukan melalui: pemberian informasi dan/atau edukasi kepada masyarakat, dan/atau mobilisasi sosial.

Dalam hal penanggulangan Wabah diperlukan sampel dan/atau spesimen untuk konfirmasi laboratorium, pelaksanaan pengambilan sampel dan konfirmasi dilakukan pada laboratorium terdekat yang memiliki kemampuan. Pelaksanaan konfirmasi mengutamakan kedaulatan dan kepentingan nasional, pemanfaatan untuk masyarakat, dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dalam hal konfirmasi laboratorium perlu dilakukan antarnegara, pelaksanaannya harus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai perjanjian pengalihan material.

Kegiatan penanggulangan Wabah dilaksanakan secara terintegrasi, komprehensif, dan tepat sasaran dengan melibatkan kementerian/lembaga terkait dan Pemerintah Daerah. Dalam penanggulangan Wabah, Pemerintah Pusat dapat bekerja sama dengan negara lain atau badan internasional.

Dalam hal pelaksanaan kegiatan penanggulangan Wabah mengakibatkan kerugian harta benda pada masyarakat, Pemerintah Pusat harus memberikan ganti rugi. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan kegiatan penanggulangan Wabah diatur dengan Peraturan Pemerintah.

g. Kegiatan Pasca Wabah

Pemulihan pasca-Wabah dilakukan kegiatan normalisasi Pelayanan Kesehatan, dan kehidupan sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat. Selain pemulihan tetap dilakukan upaya pencegahan terulangnya Wabah melalui kegiatan penguatan surveilans Kesehatan, dan pengendalian faktor risiko.

Kegiatan wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Pusat secara terintegrasi, komprehensif, tepat sasaran, dan berkesinambungan sesuai dengan kewenangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan kegiatan pasca-Wabah diatur dalam Peraturan Pemerintah.

h. Pelaporan

Pemerintah Daerah kabupaten/kota dan Pemerintah Daerah provinsi wajib menyampaikan laporan pelaksanaan Kewaspadaan Wabah, kegiatan penanggulangan Wabah, dan/atau kegiatan pasca-Wabah kepada Menteri secara berkala. Laporan paling sedikit berisi perkembangan situasi Wabah serta kegiatan penanggulangan yang dilakukan.

Menteri wajib melaporkan setiap perkembangan situasi Wabah dan kegiatan penanggulangan Wabah kepada Presiden. Menteri mengumumkan perkembangan Wabah dengan memperhatikan dampak sosial, ekonomi, budaya, politik, dan keamanan yang mungkin timbul.

i. Sumber Daya

Sumber daya dalam upaya penanggulangan Wabah meliputi: sumber daya manusia, teknologi, sarana dan prasarana, Perbekalan Kesehatan, dan pendanaan. Sumber daya manusia merupakan Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan non-Tenaga Kesehatan sesuai kebutuhan.

Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan wajib ikut serta dalam kegiatan penanggulangan Wabah. Dalam hal Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan tidak mencukupi, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat melakukan mobilisasi tenaga cadangan Kesehatan. Mobilisasi tenaga cadangan Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Teknologi berupa penerapan dan pengembangan teknologi tepat guna, metode uji laboratorium, metode pengobatan, teknologi manajemen informasi, komunikasi, dan penelitian. Penelitian diutamakan penelitian berbasis pelayanan.

Sarana dan prasarana berupa seluruh fasilitas yang diperlukan untuk mendukung kegiatan Kewaspadaan Wabah, penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah. Perbekalan Kesehatan meliputi Alat Kesehatan, Obat, vaksin, bahan medis habis pakai, dan bahan/alat pendukung lainnya yang diperlukan dalam menyelenggarakan kegiatan Kewaspadaan Wabah, penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah. Pendanaan untuk upaya penanggulangan Wabah dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

j. Hak, Kewajiban, dan Larangan

c. Hak

Setiap orang yang sakit atau diduga sakit akibat penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah, berhak mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang pembiayaannya ditanggung oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah.

Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang melaksanakan upaya Penanggulangan Wabah berhak atas perlindungan hukum dan keamanan serta jaminan kesehatan dalam melaksanakan tugasnya. Pelindungan hukum dan keamanan termasuk pelindungan yang diberikan kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan kegiatan investigasi dan memasuki wilayah atau mendapatkan akses kepada masyarakat tertentu yang diduga terjangkit penyakit yang berpotensi

menimbulkan Wabah. Jaminan kesehatan termasuk mendapatkan perlindungan diri dari risiko penularan.

d. Kewajiban

Setiap orang wajib mematuhi semua kegiatan penanggulangan Wabah yang dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Setiap orang yang mengetahui adanya orang sakit atau diduga sakit akibat penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah harus segera melaporkan kepada aparatur pemerintahan desa/kelurahan dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdekat. Aparatur pemerintahan desa/kelurahan dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menerima laporan atau yang mengetahui adanya orang sakit atau diduga sakit akibat penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah wajib melaporkan kepada perangkat daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan setempat. Aparatur pemerintahan desa/kelurahan dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang melanggar ketentuan dikenakan sanksi administratif oleh Pemerintah Daerah atau Pemerintah Pusat sesuai dengan kewenangannya berupa teguran lisan, teguran tertulis, dan/atau usulan pemberhentian dari jabatannya. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam keadaan Wabah seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan baik milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah maupun swasta wajib memberikan Pelayanan Kesehatan terhadap orang sakit atau diduga sakit akibat penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah. Setiap orang yang mengelola bahan yang mengandung penyebab dan/atau agen biologi penyebab penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah wajib memenuhi standar

pengelolaan. Ketentuan mengenai standar pengelolaan bahan yang mengandung penyebab dan/atau agen biologi penyebab penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak memberikan Pelayanan Kesehatan terhadap orang sakit atau diduga sakit akibat penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah, dan setiap orang yang mengelola bahan yang mengandung penyebab dan/atau agen biologi penyebab penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah yang tidak memenuhi standar pengelolaan dikenakan sanksi administratif oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berupa: teguran lisan, teguran tertulis, dan/atau denda administratif. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif diatur dalam Peraturan Pemerintah.

e. Larangan

Setiap orang dilarang melakukan kegiatan menyebarkan agen biologi penyebab penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah secara langsung maupun tidak langsung. Setiap orang dilarang menghalang-halangi pelaksanaan upaya penanggulangan Wabah.

13. Pendanaan Kesehatan:

Pendanaan Kesehatan bertujuan untuk mendanai pembangunan Kesehatan secara berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Unsur-unsur pendanaan Kesehatan terdiri atas sumber pendanaan, alokasi, dan pemanfaatan. Pendanaan Kesehatan

berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, swasta, masyarakat, dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

Dalam rangka kesinambungan, kecukupan alokasi anggaran secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna Pemerintah Pusat mengembangkan sistem informasi pendanaan dan akun Kesehatan. Sistem informasi pendanaan dan akun Kesehatan merupakan sistem pencatatan yang wajib diikuti oleh semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan, institusi/lembaga pemerintah atau swasta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, organisasi kemasyarakatan yang membelanjakan biaya Kesehatan setiap bulan yang menjadi sumber pengembangan akun Kesehatan nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan, institusi/lembaga pemerintah atau swasta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, organisasi kemasyarakatan harus melaporkan besaran belanja bulanan dan tahunan, luaran (*output*) dan hasil (*outcome*) melalui sistem informasi pendanaan dan akun Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengembangan dan pelaksanaan sistem informasi pendanaan dan akun Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab mendanai seluruh kegiatan:

- 1) Upaya Kesehatan masyarakat dengan prioritas pendekatan promotif dan preventif;
- 2) Upaya Kesehatan perorangan bagi penduduk yang tidak mampu membayar iuran program jaminan kesehatan nasional;
- 3) Upaya Kesehatan dalam rangka Kewaspadaan Wabah, penanggulangan Wabah, dan kegiatan pasca-Wabah;
- 4) penguatan Sumber Daya Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;

- 5) penelitian, pengembangan, dan inovasi bidang Kesehatan, termasuk upaya mewujudkan dan memproduksi bahan obat dan/atau vaksin yang dapat digunakan dalam upaya pemberantasan penyakit menular sesuai dengan standar dan mutu nasional;
- 6) penguatan pengelolaan Kesehatan;
- 7) Pelayanan Kesehatan untuk kepentingan hukum; dan
- 8) Program Kesehatan strategis lainnya.

Ketentuan lebih lanjut mengenai pemanfaatan pendanaan kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Dalam rangka ketersediaan pendanaan Upaya Kesehatan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat melakukan optimalisasi partisipasi masyarakat. Optimalisasi peran masyarakat dapat dilakukan melalui kerja sama pendanaan atau kerja sama operasional Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dan masyarakat. Bentuk dan skema kerja sama diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota memprioritaskan anggaran kesehatan di luar gaji dalam penyusunan anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah. Penyusunan anggaran Kesehatan dilaksanakan secara berjenjang mulai dari Pemerintah Daerah kabupaten/kota, Pemerintah Daerah provinsi sampai dengan Pemerintah Pusat. Dalam penyusunan anggaran kesehatan Pemerintah Daerah, Pemerintah Pusat berwenang untuk menyelaraskan kebutuhan alokasi anggaran untuk kegiatan.

Dalam rangka upaya peningkatan kinerja pendanaan kesehatan, Pemerintah Pusat dapat memberikan insentif atau disinsentif kepada Pemerintah Daerah. Ketentuan lebih lanjut mengenai insentif atau disinsentif diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pendanaan Upaya Kesehatan perorangan dilakukan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan/atau asuransi kesehatan komersial. Program jaminan kesehatan nasional bersifat wajib bagi seluruh penduduk. Asuransi kesehatan komersial bersifat sukarela. Pendanaan Upaya Kesehatan perorangan melalui penyelenggaraan program jaminan kesehatan nasional dapat dilaksanakan dengan koordinasi antar penyelenggara jaminan termasuk asuransi kesehatan komersial.

Dalam rangka meningkatkan akses dan mutu Pelayanan Kesehatan, memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan program jaminan sosial, dan memberikan kepastian hukum dan kemudahan dalam pembinaan, pengawasan, dan pengendalian penyelenggaraan program jaminan sosial, Undang-Undang ini mengubah, menghapus, dan/atau menetapkan pengaturan baru beberapa yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456), dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256).

Beberapa ketentuan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) diubah sebagai berikut:

- 1) Pemberi kerja wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai Peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti.

- 2) Dalam hal Pemberi Kerja tidak melakukan pendaftaran, Pekerja berhak untuk mendaftarkan diri sebagai Peserta atas tanggungan Pemberi Kerja.
- 3) Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.
- 4) Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar Peserta memperoleh manfaat medis dan nonmedis.
- 5) Manfaat medis mencakup layanan promotif dan preventif perorangan, skrining, rawat jalan, rawat inap, dan perawatan di rumah bagi yang membutuhkan pelayanan rehabilitatif.
- 6) Manfaat medis diberikan berdasarkan kebutuhan dasar kesehatan.
- 7) Manfaat medis berdasarkan kebutuhan dasar kesehatan merupakan semua intervensi medis yang secara ilmu kedokteran efektif menyelesaikan masalah medis orang tersebut.
- 8) Intervensi medis memprioritaskan layanan yang mempunyai rasio biaya, sesuai standar mutu layanan kesehatan, dan hasil yang terbaik (*cost effective*).
- 9) Manfaat nonmedis pada layanan rawat inap bagi Peserta diberikan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan standar yang ditetapkan oleh Menteri.
- 10) Dalam hal Peserta menginginkan layanan perawatan yang lebih tinggi dari layanan rawat inap standar, Peserta membayar selisih biaya yang timbul akibat keinginan tersebut.
- 11) Ketentuan lebih lanjut mengenai manfaat medis berdasarkan kebutuhan dasar kesehatan dan layanan rawat inap standar diatur dengan Peraturan Presiden.
- 12) Peserta yang mengalami kekerasan atau kecelakaan tunggal lalu lintas yang membutuhkan layanan medis dalam rangka

- pengobatan berhak mendapat manfaat sesuai dengan kebutuhan medis.
- 13) Ketentuan lebih lanjut mengenai manfaat diatur dalam Peraturan Presiden.
 - 14) Manfaat jaminan kesehatan diberikan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang menjalin kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
 - 15) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib menerima kerja sama yang diajukan fasilitas kesehatan yang telah memiliki perizinan berusaha sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 16) Dalam keadaan darurat, manfaat jaminan kesehatan, dapat diberikan pada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
 - 17) Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas tersedianya fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik masyarakatnya.
 - 18) Ketentuan mengenai kerja sama dan tanggung jawab penyediaan fasilitas kesehatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden.
 - 19) Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah dinegosiasikan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut.
 - 20) Besaran pembayaran disesuaikan paling lama 2 (dua) tahun sekali.
 - 21) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima.
 - 22) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bersama dengan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan

di bidang kesehatan mengembangkan sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan.

- 23) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berwenang mengembangkan tata cara pembayaran pelayanan kesehatan.
- 24) Besaran iuran jaminan kesehatan untuk Peserta penerima upah, Peserta bukan penerima upah, dan Peserta bukan pekerja ditetapkan berdasarkan persentase tertentu dari upah atau pendapatan rumah tangga seseorang.
- 25) Besaran iuran jaminan kesehatan untuk Peserta penerima bantuan iuran ditetapkan sebesar rata-rata besaran iuran per orang per bulan bagi Peserta penerima upah.
- 26) Besaran iuran jaminan kesehatan ditinjau secara berkala sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun sekali.
- 27) Besaran iuran jaminan kesehatan untuk Peserta penerima upah ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja.
- 28) Besaran iuran jaminan kesehatan untuk Peserta bukan penerima upah dan Peserta bukan pekerja ditanggung secara mandiri atau ditanggung oleh pihak lain.
- 29) Ketentuan lebih lanjut mengenai besaran iuran jaminan kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden.
- 30) BPJS adalah badan hukum publik berdasarkan Undang-Undang ini. BPJS bertanggung jawab kepada Presiden melalui menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan untuk BPJS Kesehatan, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan untuk BPJS Ketenagakerjaan.
- 31) Dalam melaksanakan tugas, BPJS berkewajiban untuk:
 - a. menggunakan Nomor Induk Kependudukan sebagai satu-satunya identitas Peserta;
 - b. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;

- c. menyediakan, memberikan, dan/atau menerbitkan informasi publik yang berada di bawah kewenangannya kepada pemohon informasi publik, selain informasi yang dikecualikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- d. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- e. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- f. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
- g. memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- h. memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- i. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum;
- j. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial;
- k. melaksanakan penugasan dari kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan atau kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan;

- l. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden melalui menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan atau menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan, dengan tembusan kepada DJSN;
 - m. menghubungkan sistem informasi yang dikelolanya dengan sistem informasi yang mengintegrasikan seluruh pelayanan kesehatan atau layanan ketenagakerjaan yang diselenggarakan oleh pemerintah; dan
 - n. melakukan koordinasi mengenai penyelenggaraan Jaminan Sosial dengan kementerian/lembaga terkait.
- 32) BPJS membayarkan manfaat kepada Peserta yang menjalani layanan rawat inap dengan tidak dibatasi oleh jangka waktu perawatan.
- 33) BPJS membayarkan manfaat kepada Peserta yang menjalani rawat jalan, dan/atau rawat inap untuk semua fasilitas pelayanan kesehatan tanpa dibatasi oleh kuota layanan BPJS rumah sakit.
- 34) Selain mendapatkan pembayaran manfaat, Peserta berhak mendapatkan semua fasilitas pengobatan dan tindakan medis yang diperlukan untuk semua jenis penyakit agar tercapai kesembuhan.
- 35) Pemberi Kerja wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjanya sebagai Peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti.

- 36) Dalam hal Pemberi Kerja tidak melakukan pendaftaran, Pekerja berhak untuk mendaftarkan diri sebagai Peserta atas tanggungan Pemberi Kerja.
- 37) Pemberi Kerja dalam melakukan pendaftaran, wajib memberikan data dirinya dan Pekerjaannya berikut anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS.
- 38) Dewan Pengawas berfungsi melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS.
- 39) Dalam menjalankan fungsi, Dewan Pengawas bertugas untuk:
- a. melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
 - b. melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
 - c. memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS; dan
 - d. menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden melalui menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan atau menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan, dengan tembusan kepada DJSN.
- 40) Dalam menjalankan tugas, Dewan Pengawas berwenang untuk:
- a. menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;
 - b. mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi;
 - c. mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
 - d. mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;

- e. melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; dan
 - f. memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.
- 41) Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang Dewan Pengawas diatur dengan Peraturan Dewan Pengawas setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan atau menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan.
- 42) Direksi berfungsi melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin Peserta untuk mendapatkan Manfaat sesuai dengan haknya.
- 43) Dalam menjalankan fungsi, Direksi bertugas untuk:
- a. melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi;
 - b. mewakili BPJS di dalam dan di luar pengadilan; dan
 - c. menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.
- 44) Dalam melaksanakan tugas, Direksi berwenang untuk:
- a. melaksanakan wewenang BPJS;
 - b. menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian;
 - c. menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS;
 - d. dihapus;
 - e. menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS

- dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas;
- f. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS paling banyak Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Pengawas;
 - g. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Presiden; dan
 - h. melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.
- 45) Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang Direksi diatur dengan Peraturan Direksi.
- 46) Untuk memilih dan menetapkan anggota Dewan Pengawas dan anggota Direksi, Menteri Kesehatan atau Menteri Ketenagakerjaan, bersama Menteri Keuangan, atas persetujuan Presiden membentuk panitia seleksi yang bertugas melaksanakan ketentuan yang diatur dalam Undang-Undang ini.
- 47) Keanggotaan panitia seleksi terdiri atas 2 (dua) orang unsur Pemerintah dan 5 (lima) orang unsur masyarakat.
- 48) Panitia seleksi diketuai oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan untuk pemilihan Direksi dan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan untuk pemilihan Direksi dan Dewan Pengawas BPJS Ketenagakerjaan.
- 49) Keanggotaan panitia seleksi ditetapkan dengan Keputusan Presiden.
- 50) Anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi diberhentikan dari jabatannya karena:

- a. sakit terus-menerus selama 6 (enam) bulan sehingga tidak dapat menjalankan tugasnya;
 - b. tidak menjalankan tugasnya sebagai anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi secara terus menerus lebih dari 3 (tiga) bulan karena alasan selain sebagaimana dimaksud pada huruf a;
 - c. merugikan BPJS dan kepentingan Peserta Jaminan Sosial karena kesalahan kebijakan yang diambil;
 - d. menjadi terdakwa karena melakukan tindak pidana;
 - e. melakukan perbuatan tercela;
 - f. tidak lagi memenuhi persyaratan sebagai anggota Dewan Pengawas atau anggota Direksi;
 - g. mengundurkan diri secara tertulis atas permintaan sendiri; dan/atau
 - h. tidak cakap dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya.
- 51) Pemberhentian diusulkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan atau menteri yang menyelenggarakan urusan di bidang ketenagakerjaan.
- 52) BPJS wajib menyampaikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik kepada Presiden melalui menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan atau menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan, dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya.
- 53) Bentuk dan isi laporan pengelolaan program diusulkan oleh BPJS setelah berkonsultasi dengan DJSN.
- 54) Presiden dapat menerima atau menolak laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan, dan/atau

membebaskan atau tidak membebaskan direksi dan Dewan Pengawas BPJS dari tanggung jawab hukum.

- 55) Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan atau menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang ketenagakerjaan, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan melakukan kajian atas laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan yang disampaikan oleh BPJS sebelum dilaporkan kepada Presiden.
- 56) Periode laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan dimulai dari 1 Januari sampai dengan 31 Desember.
- 57) Laporan keuangan BPJS disusun dan disajikan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang berlaku.
- 58) Laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.
- 59) Bentuk dan isi publikasi ditetapkan oleh Direksi setelah mendapat persetujuan dari Dewan Pengawas.
- 60) Ketentuan mengenai bentuk dan isi laporan pengelolaan program diatur dengan Peraturan Presiden.

14. Pengaturan Komite Kebijakan Sektor Kesehatan

a. Pembentukan Komite Kebijakan Sektor Kesehatan

Komite kebijakan sektor Kesehatan merupakan wadah koordinasi dan komunikasi dalam rangka akselerasi pembangunan dan memperkuat ketahanan sistem Kesehatan. Komite kebijakan sektor menyelenggarakan pencegahan dan penanganan berbagai permasalahan kebijakan di bidang Kesehatan. Komite kebijakan sektor Kesehatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden. Komite kebijakan sektor Kesehatan terdiri atas:

- 1) Menteri sebagai ketua merangkap anggota;
- 2) kepala lembaga pemerintahan nonkementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengawasan Obat dan makanan sebagai anggota;
- 3) kepala lembaga pemerintahan nonkementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan kependudukan dan keluarga berencana nasional sebagai anggota;
- 4) ketua dewan jaminan sosial nasional sebagai anggota;
dan
- 5) direktur utama badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan sebagai anggota.

b. Tugas dan Wewenang Komite Kebijakan Sektor Kesehatan

Komite kebijakan sektor Kesehatan bertugas mengoordinasikan pelaksanaan akselerasi pembangunan dan memperkuat ketahanan sistem Kesehatan. Komite kebijakan sektor Kesehatan berwenang:

- 1) melakukan penelaahan terhadap berbagai informasi dan data yang relevan atau berpengaruh terhadap proses akselerasi pembangunan Kesehatan;
- 2) menyusun strategi pencapaian dan prioritas program dan kegiatan pembangunan Kesehatan;
- 3) menetapkan kriteria dan indikator untuk penilaian pelaksanaan program dan kegiatan pembangunan Kesehatan;
- 4) melakukan penilaian terhadap kondisi stabilitas dan ketahanan sistem kesehatan;
- 5) menetapkan langkah koordinasi untuk mencegah krisis kesehatan dan memperkuat ketahanan sistem Kesehatan;
- 6) merekomendasikan Pemerintah Daerah melalui menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri untuk mendukung pelaksanaan akselerasi

pembangunan dan memperkuat ketahanan sistem Kesehatan; dan

- 7) melakukan koordinasi peningkatan program kesehatan masyarakat terutama yang bersifat promotif dan preventif dalam rangka akselerasi pembangunan dan memperkuat ketahanan sistem Kesehatan.

Dalam melaksanakan kewenangan, Komite kebijakan sektor Kesehatan dapat melakukan koordinasi kepada kementerian/lembaga, dan pemangku kepentingan terkait.

Komite kebijakan sektor Kesehatan menyelenggarakan rapat secara berkala atau sewaktu-waktu. Rapat secara berkala diselenggarakan 1 (satu) kali setiap 3 (tiga) bulan. Rapat sewaktu-waktu diselenggarakan berdasarkan permintaan anggota Komite kebijakan sektor Kesehatan.

Ketua komite kebijakan sektor Kesehatan melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Presiden paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan. Ketentuan lebih lanjut mengenai komite kebijakan sektor Kesehatan diatur dengan Peraturan Presiden.

15. Pengaturan Parisipasi Masyarakat

Masyarakat berpartisipasi, baik secara perorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan Kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Partisipasi mencakup keikutsertaan secara aktif dan kreatif.

16. Pengaturan Pembinaan dan Pengawasan

a. Pembinaan

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan terhadap masyarakat dan setiap penyelenggaraan

kegiatan yang berhubungan dengan Sumber Daya Kesehatan dan Upaya Kesehatan termasuk Kewaspadaan Wabah, penanggulangan Wabah, dan kegiatan pasca-Wabah secara terpadu dan berkesinambungan. Pembinaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 427 diarahkan untuk:

- 1) meningkatkan akses dan memenuhi kebutuhan setiap orang terhadap Sumber Daya Kesehatan dan Upaya Kesehatan;
- 2) menggerakkan dan melaksanakan penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
- 3) meningkatkan mutu Pelayanan Kesehatan serta kemampuan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan; dan
- 4) melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi Kesehatan.

Pembinaan dilaksanakan melalui:

- 1) komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat;
- 2) sosialisasi dan advokasi;
- 3) penguatan kapasitas dan bimbingan teknis;
- 4) konsultasi; dan/atau
- 5) pendidikan dan pelatihan.

Dalam rangka pembinaan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat memberikan penghargaan kepada orang atau badan yang telah berjasa dalam setiap kegiatan mewujudkan tujuan pembangunan Kesehatan, termasuk kegiatan Kewaspadaan Wabah, penanggulangan Wabah, dan pasca-Wabah. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian penghargaan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Pengawasan

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya melakukan pengawasan terhadap

masyarakat dan setiap penyelenggaraan kegiatan yang berhubungan dengan Sumber Daya Kesehatan dan Upaya Kesehatan berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Lingkup pengawasan meliputi:

- a. ketaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan termasuk ketaatan pelaksanaan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat;
- b. ketaatan terhadap standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika, dan disiplin profesi;
- c. dampak Pelayanan Kesehatan oleh Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan;
- d. evaluasi penilaian kepuasan pelanggan;
- e. akuntabilitas dan kelayakan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan; dan
- f. objek pengawasan lain sesuai kebutuhan.

Dalam melaksanakan pengawasan, Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dapat mengikutsertakan organisasi profesi dan masyarakat.

Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dalam melakukan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 430, dapat mengangkat tenaga pengawas dengan tugas pokok untuk melakukan pengawasan terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan Sumber Daya Kesehatan dan Upaya Kesehatan. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 431, tenaga pengawas mempunyai fungsi memasuki Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan setiap tempat yang diduga digunakan dalam kegiatan yang berhubungan dengan penyelenggaraan Upaya Kesehatan, dan memeriksa perizinan yang dimiliki oleh Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan

Kesehatan.

Setiap orang yang bertanggung jawab atas tempat dilakukannya pemeriksaan oleh tenaga pengawas mempunyai hak untuk menolak pemeriksaan apabila tenaga pengawas yang bersangkutan tidak dilengkapi dengan tanda pengenal dan surat perintah pemeriksaan.

Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan adanya dugaan atau patut diduga adanya pelanggaran hukum di bidang Kesehatan, tenaga pengawas wajib melaporkan kepada penyidik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan mengenai pelaksanaan pengawasan kegiatan yang berhubungan dengan Sumber Daya Kesehatan dan Upaya Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dapat mengenakan sanksi administratif terhadap Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang melanggar ketentuan. Ketentuan mengenai pengenaan sanksi administratif terhadap Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

17. Penyidikan

Selain penyidik Kepolisian Negara Republik Indonesia, kepada pejabat pegawai negeri sipil tertentu di lingkungan pemerintahan yang menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan juga diberi wewenang khusus sebagai penyidik sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana untuk melakukan penyidikan tindak pidana di bidang Kesehatan. Penyidik pejabat pegawai negeri sipil berwenang:

- a. menerima laporan dan melakukan pemeriksaan atas kebenaran laporan serta keterangan tentang tindak pidana di bidang Kesehatan;
- b. memanggil, memeriksa, menggeledah, menangkap, atau menahan seseorang yang diduga melakukan tindak pidana di bidang Kesehatan;
- c. melakukan tindakan pertama di tempat kejadian;
- d. melarang setiap orang meninggalkan atau memasuki tempat kejadian perkara untuk kepentingan penyidikan;
- e. menyuruh berhenti orang yang dicurigai atau tersangka dan memeriksa identitas dirinya;
- f. mencari dan meminta keterangan dan bahan bukti dari orang atau badan hukum sehubungan dengan tindak pidana di bidang Kesehatan;
- g. menahan, memeriksa, dan menyita surat dan/atau dokumen lain tentang tindak pidana di bidang Kesehatan;
- h. memeriksa dan menyita surat, dokumen, dan/atau bahan/barang bukti lainnya dalam perkara tindak pidana di bidang kesehatan;
- i. melakukan pemeriksaan di tempat tertentu yang diduga terdapat surat, dokumen, atau benda lain yang ada hubungannya dengan tindak pidana di bidang Kesehatan;
- j. mengambil foto dan sidik jari tersangka;
- k. memanggil seseorang untuk diperiksa dan didengar keterangannya sebagai tersangka atau saksi;
- l. meminta keterangan dari masyarakat atau sumber yang berkompeten;
- m. meminta bantuan ahli dalam rangka pelaksanaan tugas penyidikan tindak pidana di bidang Kesehatan;
- n. menghentikan penyidikan apabila tidak terdapat cukup bukti yang membuktikan adanya tindak pidana di bidang Kesehatan; dan
- o. mengadakan tindakan lain menurut hukum.

Kewenangan dilaksanakan oleh penyidik pejabat pegawai negeri sipil sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Hukum Acara Pidana. Dalam melakukan penyidikan, penyidik pegawai negeri sipil berkoordinasi dan bekerja sama dengan penyidik di lingkungan Kepolisian Negara Republik Indonesia dan dapat berkoordinasi serta bekerja sama dengan penyidik di lingkungan Tentara Nasional Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Persyaratan, tata cara pengangkatan penyidik pegawai negeri sipil, dan administrasi penyidikan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

18. Ketentuan Pidana

Setiap Orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak kategori VI. Setiap Orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak kategori IV. Setiap Orang yang dengan sengaja memperjualbelikan darah dengan dalih apapun dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan denda paling banyak kategori V. Setiap Orang yang dengan sengaja mengkomersialkan atau memperjualbelikan organ atau jaringan tubuh dengan dalih apapun dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak kategori VI. Setiap Orang yang dengan sengaja melakukan bedah plastik rekonstruksi dan estetika untuk tujuan mengubah identitas seseorang diancam dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak kategori VI.

Setiap Orang yang dengan sengaja melakukan pemasungan, penelantaran, kekerasan, dan/atau menyuruh orang lain untuk melakukan pemasungan, penelantaran, dan/atau kekerasan

terhadap penderita gangguan jiwa atau tindakan lainnya yang melanggar hak asasi penderita gangguan jiwa, dipidana denda kategori VI.

Setiap Orang yang dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan Sediaan Farmasi dan/atau Alat Kesehatan yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat atau kemanfaatan, dan mutu dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak kategori VI. Setiap Orang yang dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan Sediaan Farmasi dan/atau Alat Kesehatan yang tidak memiliki Perizinan Berusaha, dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun dan denda paling banyak kategori VI. Setiap orang yang tidak memiliki keahlian dan kewenangan untuk melakukan praktik kefarmasian dipidana dengan pidana denda paling banyak kategori VI.

Setiap orang yang dengan sengaja memproduksi, memasukkan rokok ke dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, dan/atau mengedarkan dengan tidak mencantumkan peringatan Kesehatan berbentuk gambar dipidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan denda paling banyak kategori V. Setiap orang yang dengan sengaja melanggar kawasan tanpa rokok dipidana denda paling banyak kategori III. Setiap orang yang tanpa izin melakukan praktik Pelayanan Kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi sehingga mengakibatkan kerugian harta benda, luka berat atau kematian dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak kategori IV.

Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap Pasien yang dalam keadaan gawat darurat dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak kategori IV. Dalam hal mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian, pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tersebut

dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak kategori VI.

Dalam hal tindak pidana dilakukan oleh korporasi, selain pidana penjara dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhkan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan 3 (tiga) kali dari pidana denda. Selain pidana denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1), korporasi dapat dijatuhi pidana tambahan berupa pencabutan izin usaha, dan/atau pencabutan status badan hukum.

Setiap Orang yang bukan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan melakukan praktik sebagai Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang telah memiliki SIP dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun. Setiap Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang melakukan kelalaian berat yang mengakibatkan Pasien luka berat dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun. Jika kelalaian berat mengakibatkan kematian, setiap Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun. Setiap Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang dengan sengaja menjalankan praktik tanpa memiliki STR dipidana dengan pidana denda paling banyak kategori V. Setiap Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan warga negara asing yang dengan sengaja memberikan Pelayanan Kesehatan tanpa memiliki STR Sementara dipidana dengan pidana denda paling banyak kategori V. Setiap Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik tanpa memiliki SIP dipidana dengan pidana denda paling banyak kategori V. Setiap Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan warga negara asing yang dengan sengaja memberikan Pelayanan Kesehatan tanpa memiliki SIP dipidana dengan pidana denda paling banyak kategori V. Setiap Orang yang dengan sengaja menggunakan identitas berupa gelar atau bentuk lain yang menimbulkan kesan bagi masyarakat yang bersangkutan adalah Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang

telah memiliki STR dan/atau SIP dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun atau denda paling banyak kategori V.

Setiap Orang yang dengan sengaja menggunakan alat, metode atau cara lain dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang menimbulkan kesan seolah-olah yang bersangkutan merupakan Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan yang telah memiliki STR atau SIP dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun atau denda paling banyak kategori IV. Setiap orang yang dengan sengaja mempekerjakan Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan yang tidak mempunyai SIP dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun atau denda paling banyak kategori V. Dalam hal tindak pidana dilakukan oleh korporasi, maka pidana yang dijatuhkan adalah pidana denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditambah sepertiga atau dijatuhi hukuman tambahan berupa pencabutan izin.

Nakhoda kapal atau kapten penerbang yang menurunkan atau menaikkan orang dan/atau barang sebelum mendapat surat persetujuan dari BKKN dengan maksud menyebarkan penyakit dan/atau faktor risiko penyakit yang dapat menimbulkan Wabah dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun atau denda paling banyak kategori VII. Setiap Orang yang dengan sengaja melakukan kegiatan menyebarkan agen biologi penyebab penyakit yang berpotensi menimbulkan Wabah dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun atau pidana denda paling banyak kategori VII. Setiap orang yang dengan sengaja tidak mematuhi pelaksanaan upaya Penanggulangan Wabah dan/atau dengan sengaja menghalang-halangi pelaksanaan upaya Penanggulangan Wabah dipidana dengan pidana denda paling banyak kategori V.

Dalam hal tindak pidana dilakukan oleh korporasi pertanggungjawaban pidana dikenakan terhadap korporasi dan/atau pengurusnya. Korporasi dikenai pertanggungjawaban secara pidana terhadap suatu perbuatan yang dilakukan untuk dan/atau atas nama korporasi jika perbuatan tersebut termasuk dalam lingkup usahanya sebagaimana ditentukan dalam anggaran dasar atau ketentuan lain yang berlaku bagi korporasi yang bersangkutan. Pidana dijatuhkan kepada korporasi jika tindak pidana:

- a. dilakukan atau diperintahkan oleh personel pengendali korporasi;
- b. dilakukan dalam rangka pemenuhan maksud dan tujuan korporasi;
- c. dilakukan sesuai dengan tugas dan fungsi pelaku atau pemberi perintah; dan/atau
- d. dilakukan dengan maksud memberikan manfaat bagi korporasi.

Dalam hal tindak pidana dilakukan atau diperintahkan oleh personel pengendali korporasi atau pengurus korporasi, pidana pokok yang dijatuhkan adalah pidana penjara maksimum dan pidana denda maksimum yang masing-masing ditambah dengan pidana pemberatan $\frac{2}{3}$ (dua pertiga). Pidana pokok yang dijatuhkan terhadap korporasi adalah pidana denda maksimum ditambah dengan pidana pemberatan $\frac{2}{3}$ (dua pertiga).

19. Ketentuan Peralihan

Pada saat Undang-Undang ini berlaku, semua peraturan pelaksanaan dari:

- a. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3237);

- b. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4301);
- c. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
- d. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
- e. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- f. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- g. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
- h. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
- i. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);
- j. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

- k. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
- l. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6236);
- m. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6325), dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dalam Undang-Undang ini dan belum diganti berdasarkan Undang-Undang ini.

Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dan Konsil Kedokteran Indonesia harus dibentuk paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan. Dalam hal Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dan Konsil Kedokteran Indonesia belum terbentuk, Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dan Konsil Kedokteran Indonesia yang sudah terbentuk sebelum undang-undang ini berlaku tetap menjalankan tugas dan fungsinya sampai dengan diangkatnya anggota konsil Tenaga Kesehatan Indonesia dan Konsil Kedokteran Indonesia berdasarkan undang-undang ini.

20. Ketentuan Penutup

Dalam ketentuan penutup, terdapat 9 (sembilan) Undang-Undang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku, yaitu:

- a. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3237);
- b. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia

- Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
- c. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 - d. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 - e. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571); dan
 - f. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
 - g. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
 - h. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6236);
 - i. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6325),

Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku, Organisasi Profesi yang telah berbadan hukum sebelum berlakunya Undang-Undang ini tetap diakui keberadaannya sesuai dengan ketentuan Undang-

Undang ini dan harus menyesuaikan dengan ketentuan Undang-Undang ini dalam jangka waktu paling lama 1 (satu) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan.

Peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang ini harus ditetapkan paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan. Pemerintah Pusat harus melaporkan pelaksanaan Undang-Undang ini kepada Dewan Perwakilan Rakyat melalui alat kelengkapan yang menangani urusan di bidang legislasi paling lambat 3 (tiga) tahun sejak Undang-Undang ini berlaku. Undang-Undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Undang-Undang ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

BAB VI

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan uraian pada bab sebelumnya, diperoleh beberapa simpulan sebagai berikut:

1. Teori dan praktis empiris mengenai Kesehatan, di antaranya:
 - b. *World Health Organization*, mendefinisikan sistem kesehatan dengan melibatkan semua orang sebagai individu maupun seluruh organisasi yang fokus utamanya pada promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kesehatan, dengan pencapaian tujuan berupa peningkatan kesehatan dan ekuitas kesehatan sebagai jalan yang responsif, keadilan keuangan, sehingga menjadi efisien dan lebih baik memanfaatkan rujukan yang tersedia¹⁵⁸.
 - c. Dalam hal pencegahan penyakit selama ini dikenal dengan istilah lima tahap pencegahan yang dikemukakan oleh *Leavel dan Clark*, yaitu:¹⁵⁹
 - 1) *Health Promotion* (promosi kesehatan);
 - 2) *Health Prevention* (pencegahan penyakit);
 - 3) *Early detection and prompt treatment* (penemuan dini dan penanganan penyakit);
 - 4) *Disability limitation* (pembatasan kecacatan); dan
 - 5) *Health rehabilitation* (pemulihan kembali).
 - d. Girolamo Fracastoro (1930) menyatakan bahwa kejadian penyakit ditularkan dari satu orang ke orang lain melalui zat penular (*transference*) yang disebut teori kontagion. Menurut teori ini sakit terjadi karena adanya proses kontak bersinggungan dengan sumber penyakit. Wabah atau pandemi

¹⁵⁸ World Health Organization. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. WHO: Geneva. 2007.

¹⁵⁹ Notoatmojo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : PT. Rineke Cipta.

yang selama ini dipahami di dunia dan juga di Indonesia merupakan permasalahan kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh penyakit, khususnya penyakit menular dan lebih khusus lagi adalah penyakit menular yang menyerang manusia dalam pengertian serius seperti menyebar dalam jumlah besar, mencakup wilayah geografis yang luas atau menimbulkan banyak kematian dan atau kecacatan.

- e. Deklarasi Edinburgh pada tahun 1988 dan rekomendasi *World Summit on Medical Education* pada tahun 1993 telah menetapkan tahapan standar global. Deklarasi Edinburgh mendefinisikan tujuan pendidikan kedokteran sebagai wahana bagi dokter yang bekerja untuk peningkatan kesehatan semua individu. Diharapkan dokter dapat disiapkan menjadi pendengar dan pengamat yang baik, ahli komunikasi, dan klinisi yang efektif.
- f. Dalam pendidikan kedokteran, pengalaman praktik dengan pasien merupakan hal yang penting, terutama karena hal tersebut berkaitan erat dengan kewenangan dokter menangani pasien secara langsung (*hands on*).¹⁶⁰ Oleh karenanya, dapat dikatakan pada dasarnya, bagian utama pendidikan kedokteran adalah berbasis rumah sakit (*hospital-based*).¹⁶¹ Dalam pengertian salah satu bagian dari proses pendidikan yang dijalani oleh para peserta didik kedokteran akan melibatkan peran rumah sakit pendidikan di mana mereka langsung bersentuhan dengan pasien di rumah sakit tersebut.
- g. Omnibus Law, menurut Black Law Dictionary:
“In legislative practice, a bill including in one act various separate and distinct matters, and particularly one joining a number of different subjects in one measure in such a way as to compel the executive authority to accept provisions which he does not

¹⁶⁰ David M Kaufman, *Applying Educational Theory in Practice*, dalam *ABC of Learning and Teaching in Medicine*, London: BMJ Publishing. hlm. 213-216.

¹⁶¹ Anders Baerheim, *Must Undergraduate Medical Education be Hospital-based?* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007; 25-129-130. Taylor&Francis.

approve or else defeat the whole enactment”, yang diartikan bahwa dalam praktik legislatif, rancangan undang-undang yang mengikutsertakan dalam satu undang-undang, isu-isu yang terpisah dan berbeda-beda, dan terutama rancangan yang menggabungkan beberapa subjek dalam satu tindakan di mana otoritas eksekutif yang kemudian didorong untuk menerima pasal yang tidak disetujui jika tidak akan menggagalkan keseluruhan pengundangan tersebut¹⁶².

h. Parliamentary Glossary House of Commons of Canada:

“Omnibus bill is a bill consisting of a number of related but separate parts that seeks to amend and/or repeal one or several existing Acts and/or to enact one or several new Acts.”

Rancangan Undang-Undang omnibus adalah undang-undang yang terdiri atas beberapa undang-undang yang saling terkait tetapi saling terpisah yang bertujuan untuk mengubah atau mencabut satu atau beberapa undang-undang yang berlaku dan atau menyusun satu atau beberapa undang-undang yang baru”.

- i. Berdasarkan publikasi Badan Pusat Statistik (BPS) sampai dengan bulan Maret 2019, jumlah penduduk miskin di Indonesia sebesar 25,14 juta orang atau 9,41%. Di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), jumlah penduduk masyarakat miskin hingga September 2019 sebanyak 1,13 juta orang atau 20,62% dari 5,44 juta penduduk.¹⁶³ Sejak tahun 2014, pemerintah terus berupaya mencegah kesenjangan pemanfaatan pelayanan kesehatan akibat mahalnya biaya pelayanan kesehatan. Salah satunya upaya tersebut adalah kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Dengan adanya JKN diharapkan masyarakat yang menjadi peserta akan terlindungi dari risiko penderitaan

¹⁶² Bryan A. Garner. *Black's Law Dictionary. Eight Edition.* USA: Thomson business. 2004

¹⁶³ Badan Pusat Statistik Provinsi NTT. *Profil Kemiskinan di Provinsi NTT September 2019.* Kupang; 2019.

finansial ketika mengakses kebutuhan dasar pelayanan kesehatan.¹⁶⁴

- j. Jumlah dokter di Thailand lebih memadai dibandingkan dengan Indonesia. Sementara persentase tenaga kesehatan yaitu bidan dan perawat Indonesia jauh lebih banyak dari Thailand, terdapat 20 bidan di Indonesia per 100.000 penduduk, sementara di Thailand hanya 1 bidan per 100.000 penduduknya. Dapat diasumsikan bahwa Indonesia masih memprioritaskan pelayanan di tingkat pertama untuk menjangkau masyarakat di daerah, sedangkan Thailand sudah tidak mempunyai masalah akses layanan tingkat pertama, sehingga lebih memprioritaskan di layanan tingkat lanjut dengan penyediaan layanan rumah sakit dan dokter¹⁶⁵.
- k. Kenyataan layanan kesehatan rujukan dilapangan, masalah akses masyarakat menuju layanan kesehatan sekunder tidak merata, yaitu dengan pembangunan Rumah Sakit yang berkonsentrasi hanya terpusat di kota besar, dan kepuasan atas kualitas layanan Rumah Sakit, dokter lokal yang rendah sehingga menyebabkan *medical tourism* di negara tetangga. Hambatan layanan rujukan ditunjukkan dalam pengaturan jumlah Rumah Sakit berdasarkan rasio jumlah penduduk hanya teraplikasikan ke pemerintah, tidak untuk swasta yang berimplikasi bahwa swasta fokus di daerah padat penduduk dengan ekonomi tinggi dan berdampak pada persaingan rekrutmen dokter, yang tertuang dalam Pasal 6 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2004 tentang Rumah Sakit. Dalam Pasal 37 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 bahwa dokter berpraktek di maksimal 3 tempat, yang belum mengatur terkait besaran jasa medik dan penyetaraan jasa medis di Rumah Sakit.

¹⁶⁴ Rahmarini C. *Akses Masyarakat Miskin Terhadap Pelayanan Kesehatan Program BPJS Kesehatan di Kelurahan Krandegan Banjarnegara*. Universitas Negeri Semarang; 2019.

¹⁶⁵ *Ibid.*

1. Implementasi *telemedicine*/telekonsultasi yang dilakukan dari fasilitas pelayanan kesehatan ke masyarakat dengan memberikan pelayanan konsultasi jarak jauh bagi pasien baru/lama poliklinik rawat jalan masih tetap memerlukan pemeriksaan lanjut. Artinya pasien tetap datang ke Rumah Sakit, seperti yang dilakukan pada RSUP Dr Kariadi dengan pelayanan klinik *virtual* dan *virtual home care*; RSUP Dr Sardjito dengan Tekon (Telemedisin Konsultasi); RS Premier Bintaro berupa *Tele Health Plus*; RS Mayapada Group berupa pelayanan Tanya Dokter; RS Siloam Group berupa pelayanan Aido Health.

2. Kondisi peraturan perundang-undangan saat ini yang berkaitan dengan Kesehatan.
Beberapa permasalahan yang dihadapi oleh Indonesia terkait dengan penyelenggaraan kesehatan di Indonesia saat ini berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan bidang Kesehatan diantaranya terjadi saat COVID-19 terjadi di dunia khususnya di Indonesia dan dampaknya terhadap Sektor Kesehatan sehingga diperlukan transformasi di bidang atau Sektor Kesehatan, yaitu:
 - a. Pentingnya ketahanan sistem kesehatan yang melibatkan kementerian/lembaga, setiap orang sebagai individu, dan seluruh organisasi yang fokus utamanya pada upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif Kesehatan; dan
 - b. Pentingnya penyesuaian kebijakan yang berdampak pada pembangunan konsep perubahan cara hidup masyarakat. Peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan yang ada saat ini masih memerlukan transformasi untuk dapat menyederhanakan pengaturan sebagai bentuk terobosan hukum.

Berdasarkan kondisi tersebut, diperlukan pengaturan kembali beberapa kebijakan penyelenggaraan Kesehatan, diantaranya yaitu:

- a. hak atas kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
- b. memperjelas kriteria pengecualian hak atas rahasia kesehatan pribadi;
- c. kegiatan dalam upaya kesehatan yang dapat dijadikan satu karena bentuk dan pendekatannya yang sama untuk semua upaya kesehatan antara lain kesehatan ibu, bayi, anak remaja, lanjut usia dan penyandang cacat, gizi, kesehatan jiwa;
- d. perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan, dan pengaturan keprofesian yang didelegasikan dalam Undang-Undang tersendiri;
- e. tingkatan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut;
- f. penjaminan ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan yang dilakukan pemerintah pusat dan pemerintah daerah;
- g. pengaturan bagi Pemerintah Pusat dan lisensi wajib dapat melakukan intervensi berupa pelaksanaan paten dalam menjamin ketersediaan dan keterjangkauan serta memenuhi kebutuhan obat yang masih dilindungi paten;
- h. penggolongan obat dan obat tradisional;
- i. mengakselerasi upaya penemuan terbaru terhadap sediaan farmasi dan alat kesehatan untuk menunjang kebutuhan nasional serta pengembangan obat tradisional dalam negeri berupa pemanfaatan, jaminan pengelolaan, hingga ketersediaan;
- j. peran pemerintah pusat dan daerah mendorong kemandirian industri dalam negeri serta penguatan dari hulu sampai dengan hilir;
- k. pembatasan impor bahan baku sediaan farmasi dan alat Kesehatan hanya untuk kebutuhan masyarakat yang tidak dapat diproduksi dalam negeri dan terkait penemuan baru;

- l. upaya yang harus dilakukan Pemerintah untuk membangun ekosistem riset untuk mendukung industri kefarmasian dan alat Kesehatan dalam negeri;
 - m. pendaftaran pekerja yang dilakukan pemberi kerja dengan pertimbangan apabila tidak didaftarkan sebagai peserta jaminan kesehatan nasional;
 - n. peran atau kontribusi pemerintah daerah dalam pelaksanaan program Jaminan kesehatan Nasional;
 - o. kriteria penentuan manfaat dengan konsep kebutuhan dasar kesehatan;
 - p. perubahan kebijakan urun biaya pelayanan kesehatan; dan
 - q. pengaturan lainnya yang relevan dan dapat memberikan jalan keluar atas permasalahan yang dihadapi dalam kehidupan berbangsa, bernegara, dan bermasyarakat sesuai sistematika RUU tentang Kesehatan.
3. Landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis RUU tentang Kesehatan.

Landasan filosofis RUU tentang Kesehatan adalah jaminan negara atas hak setiap warga negara untuk hidup sejahtera lahir dan batin demi terwujudnya tujuan nasional sebagaimana diamanatkan dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hal ini tentu menempatkan kesehatan sebagai perwujudan kenegaraan bagi warga negaranya atas hak hidup sehat dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai bagian dari hidup yang sejahtera lahir dan batin dengan lingkungan hidup yang baik dan sehat dalam upaya pembangunan kesehatan nasional.

Landasan Sosiologis RUU tentang Kesehatan adalah masih terdapatnya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia yang akan menimbulkan kerugian yang besar bagi negara, dan menjadikan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia, bangsa, dan negara. Oleh karena itu, pelaksanaan setiap upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat

didasarkan pada prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan untuk peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. Kemudian, berdasarkan hal tersebut, setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat harus dilaksanakan berdasarkan berbagai prinsip tersebut sebagai upaya pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. Berbagai gambaran sosiologis tersebut mencerminkan bahwa Negara masih dihadapkan pada berbagai tantangan dalam upaya peningkatan Kesehatan sehingga perlu langkah atau kebijakan yang sistematis dan komprehensif guna tercapainya tujuan pembangunan Kesehatan nasional.

Hal ini tentu juga tercermin pada landasan Yuridis RUU tentang Kesehatan. Adapun landasan Yuridis RUU tentang Kesehatan adalah sebagai upaya untuk meningkatkan kapasitas dan ketahanan (resiliensi) kesehatan diperlukan penyesuaian berbagai kebijakan untuk penguatan sistem kesehatan secara integratif dan holistik dalam 1 (satu) Undang-Undang secara komprehensif. Berdasarkan hal tersebut, pembenahan regulasi bidang Kesehatan juga diperlukan mengingat undang-undang di bidang Kesehatan tersebar dalam berbagai undang-undang yang sangat kompleks sehingga dapat berpotensi tumpang tindih atau disharmonisasi.

Selain itu beberapa undang-undang lain yang terkait dengan penyelenggaraan Kesehatan tersebut juga berpotensi menjadi hambatan dalam penyelenggaraan transformasi sistem Kesehatan. Untuk itu diperlukan penyederhanaan berbagai undang-undang dengan menggunakan metode *omnibus law*. Tujuan penggunaan *omnibus law*, yaitu menghilangkan tumpang tindih antar peraturan perundang-undangan, efisiensi proses perubahan atau pencabutan peraturan perundang-undangan, serta menghilangkan ego sektoral dalam berbagai peraturan perundang-undangan.

4. Sasaran yang ingin diwujudkan dari penyusunan RUU tentang Kesehatan adalah optimalisasi penyelenggaraan kesehatan dengan kapabilitas sumber daya di bidang kesehatan dalam upaya pembangunan kesehatan secara berdaya guna, tepat guna, berkeadilan serta peningkatan efisiensi anggaran dengan meminimalisasi kuantitas undang-undang bidang kesehatan yang banyak serta berpotensi terdapat inharmonisasi dalam penerapannya. Selain itu, sasaran selanjutnya adalah untuk meningkatkan dan redistribusi tenaga Kesehatan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang dilakukan melalui simplifikasi pengadaan, pemerataan penempatan, dan kemudahan perizinan tenaga Kesehatan.

Adapun jangkauan dari RUU tentang Kesehatan ini yaitu memperjelas upaya peningkatan kesehatan masyarakat sebagai bentuk upaya negara melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan juga telah memberikan pengakuan yang sama bagi setiap warga negaranya dalam kehidupan bernegara tanpa kecuali sebagaimana tercermin dalam pembukaan UUD NRI Tahun 1945. Sedangkan arah pengaturannya yaitu untuk memberi pengaturan yang diarahkan pada layanan primer, layanan rujukan, tenaga kesehatan, pendanaan kesehatan, ketahanan kesehatan, wabah dan karantina, dan teknologi kesehatan dan bioteknologi.

Terakhir, materi muatan pengaturan dalam RUU tentang Kesehatan diantaranya pengaturan mengenai: hak dan kewajiban kesehatan; tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah; upaya kesehatan yang meliputi pada upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, Kesehatan Reproduksi, Keluarga Berencana, Kesehatan Sekolah, Kesehatan Olahraga, Pelayanan Kesehatan pada Bencana, Pelayanan Darah, Kesehatan Gigi dan Mulut, Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Gangguan Pendengaran, Kesehatan Matra, Transplantasi Organ dan/atau

Jaringan Tubuh, Implan Obat dan/atau Alat Kesehatan, Bedah Plastik Dan Rekonstruksi, Penggunaan Sel Punca, pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum, Pengamanan Makanan dan Minuman, Pengamanan Zat Adiktif, Kesehatan Ibu, Bayi, dan Anak, Remaja, Lanjut Usia, dan Penyandang Disabilitas, Perbaikan Gizi, Kesehatan Jiwa, Penyakit Menular dan Tidak Menular, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja, Pelayanan Kesehatan Tradisional; pengaturan mengenai sumber daya di bidang kesehatan yang meliputi Tenaga Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Rumah Sakit, Perbekalan Kesehatan, Sistem Informasi Kesehatan, Tata Kelola Sistem Informasi Kesehatan, Teknologi Kesehatan, Bioteknologi Kesehatan; wabah penyakit menular; pengelolaan kesehatan; pendanaan kesehatan; pengaturan terkait komite ketahanan sistem kesehatan; peran serta masyarakat; pembinaan dan pengawasan pemerintah dan pemerintah daerah; penyidikan oleh pejabat pegawai negeri sipil di lingkungan pemerintah penyelenggara urusan bidang kesehatan; dan ketentuan pidana.

B. Saran

Atas beberapa simpulan di atas, dapat disampaikan saran agar pelaksanaan RUU ini nantinya dapat dilaksanakan secara optimal, yaitu diharapkan dengan adanya Naskah Akademik ini, dapat dipergunakan sebagai acuan dalam penyusunan dan pembahasan RUU tentang Kesehatan sehingga diharapkan dapat segera di proses dan dibahas untuk menjadi Undang-Undang. Kemudian, pelaksanaan UU tentang Kesehatan diharapkan dapat dilakukan dengan meningkatkan motivasi individu, keluarga, masyarakat, dan dunia usaha secara beriringan untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat melalui upaya promotif dan preventif. Selain itu, pimpinan kementerian/lembaga dan/atau organisasi perangkat daerah juga harus meningkatkan kerjasama lintas sektor dari pusat sampai daerah agar dapat menjawab permasalahan dan kesehatan di masa kini dan di masa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Perundang-undangan

- Indonesia. 1945. *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 1984. *Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2004. *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2007. *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025*. Jakarta
- Indonesia. 2009. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2009. *Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2011. *Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan*. Jakarta: Sekretariat Negara
- Indonesia. 2011. *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2014. *Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2014. *Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2014 tentang Jaminan Produk Halal*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2018. *Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2019. *Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan*. Jakarta: Sekretariat Negara
- Indonesia. 2022. *Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan*. Jakarta: Sekretariat Negara

- Indonesia. 2012. *Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2013. *Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2018. *Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2016. *Instruksi Presiden Nomor 6 Tahun 2016 tentang Percepatan Pengembangan Industri Farmasi dan Alat Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Indonesia. 2011. *Peraturan Menteri Perindustrian Nomor 16/M-IND/PER/2/2011 Tahun 2011 tentang Ketentuan dan Tata Cara Penghitungan Tingkat Komponen Dalam Negeri*. Jakarta: Kementerian Perindustrian.
- Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Indonesia. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Indonesia. 2020. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Indonesia. 2022. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Fatwa MUI Nomor 11 Tahun 2007 tentang Pengawetan Jenazah untuk Kepentingan Penelitian.
- Fatwa MUI Nomor 12 Tahun 2007 tentang Penggunaan Jenazah untuk Kepentingan Penelitian.
- Fatwa MUI Nomor 13 Tahun 2019 tentang Transplantasi Orgab dan/atau Jaringan Tubuh dari Pendonor Hidup untuk Orang Lain.

Buku

- Anand, S. & WHO. 2010. Measuring Health Workforce Inequalities: Methods and Application to China and India. Geneva: WHO Press. Blum, H. L. (1974).
- Anna Kurniati dan Ferry Efendi, *Kajian SDM Kesehatan di Indonesia*. (Jakarta: Salemba Medika, 2012)
- Campbell, J., Dussault, G., Buchan, J., et al. 2013. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- Chen, R., Zhao, Y., Du, J., et al. 2014. Health workforce equity in urban community health service of China. *PloS one*, 9, e115988.
- Delavari, S., Zandian, H., Rezaei, S., Moradinazar, M., Delavari, S., Saber, A., & Fallah, R. 2016. Life Expectancy and its socioeconomic determinants in Iran. *Electronic physician*, 8(10), 3062.
- Dussault, G. & Dubois, C.-A. 2003. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human resources for health*.
- Fellman, J. 2012. Estimation of Gini coefficients using Lorenz curves. *Journal of Statistical and Econometric Methods*, 1, 31-38.
- Ghosh, S. 2014. Equity in The Utilization of Healthcare Services in India: Evidence from National Sample Survey. *International Journal of Health Policy and Management*, 2, 29.
- Grossman, M. 1972. On The Concept of Health Capital and The Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Grubaugh, S. G., & Santerre, R. E. 1994. Comparing The Performance of Health Care systems: An Alternative Approach. *Southern Economic Journal*, 1030-1042.
- Kabir, M. 2008. Determinants of Life Expectancy in Developing Countries. *The Journal of Developing Areas*, 185-204.
- Mahmud Marzuki, P. *Penelitian Hukum*. 2005. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Narasimhan, V., Brown, H., Pablos-Mendez, A., et al. 2004. Responding to the global human resources crisis. *Lancet*, 363, 1469-72.

- Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory. (10th ed.). New York: Human Sciences Press, U.S.
- Sefi ddashti, S. E., Arab, M., Ghazanfari, S., et al. 2016. Trends of geographic inequalities in the distribution of human resources in healthcare system: the case of Iran. *Electronic physician*, 8, 2607.
- Stewart Jr, C. T. 1971. Allocation of Resources to Health. *Journal of Human Resources*, 103-122.
- Abbas, Syahrizal. 2011. *Mediasi dalam Hukum Syariah, Hukum Adat, dan Hukum Nasional*. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Abdullah, Gamil. 2011. *TKDN (Tingkat Komponen Dalam Negeri) dalam Pengadaan Barang dan Jasa di Sektor Hulu Migas: Sebuah Interview*.
- Acheson D. 1988. *Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, HMSO.
- Adisasmito, Wiku. 2009. *Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K., Achadi, E., Taher, A., Shankar, A. 2018. *Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges*. Lancet, London.
- Al Fandi, Haryanto. 2017. *Desain Pembelajaran yang demokratis dan Humanis*. Yogyakarta: Ar Ruzz media, hlm 72.
- Asih, Putri Eka. 2014. *Paham SJSN*. Jakarta: CV Komunitas Pejaten Mediatama, Hlm. 21-22
- Boerma W, Kringos DS. 2015. *Introduction, in: Kringos DS et al. Building primary care in a changing Europe*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 27 - 40.
- BPHN. 2011. *Kompendium Hukum Kesehatan*. Jakarta: Puslitbangsiskumnas, hlm. 53.
- Budi, Setyawan. 2018. *Health Financing System*. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. Vol 2 No 4.

- Buse, Kent. Mays, N., & Walt, G. 2005. *Making Health Policy*. London: Mc Graw- Hill
- Chrisdiono, M. 1996. *Pernak – Pernik Hukum Kedokteran: Melindungi Pasien dan Dokter*. Jakarta: Widya Medika.
- Fukawa, Tetsuo. 2002. *Public Health Insurance in Japan*. Washington: World Bank Institute.
- Garner, Bryan A. 2004. *Black's Law Dictionary. Eight Edition*. USA: Thomson business.
- Guwandi, J. 1993. *Tindakan Medik dan Tanggungjawab Produk Medik* Jakarta: Balai Penerbit FK UI, hlm 61
- Health Resource Survey.2012. Bureau Of Policy and Strategy. MoPH.
- Herawati, F. Robert, C. Adrian. 2020. *Universal Health Coverage: Mengukur Capaian Indonesia*. Jakarta: Perkumpulan Prakarsa.
- Hou, J., Tian, L., Zhang, Y., Liu, Y., Li, J., & Wang, Y. 2020. *Study of influential factors of provincial health expenditure -analysis of panel data after the 2009 healthcare reform in China*. BMC Health Service Research, 20(606), 1-8. 10.1186
- Ikatan Dokter Indonesia. 2016. *Penataan Sistem Pelayanan Kesehatan Rujukan: Mewujudkan Sistem Pelayanan Nasional yang Berorientasi Pelayanan Primer dalam Menuju Universal Coverage dan Memenangkan Persaingan di Era Globalisasi*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia Pengurus Besar 2015-2018.
- Ikegami, Naoki. 2004. *Japan's Health Care System: Containing Costs and Attempting Reform*. Health Affairs.
- Indra, Gotama. Pardede Donald. 2010. *Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan (Pendanaan Kesehatan dan Isu-Isu Jaminan Kesehatan)*. Jakarta: Pusat Pendanaan dan Jaminan Kesehatan depkes RI.
- Indrayathi PA. 2016. *Bahan Ajar Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara*. (Denpasar: Program Studi Kesehatan Masyarakat Udayana.
- Irfani, N. 2012 *Organisasi Jaminan Sosial Republik Federal Jerman*. Jamsos Mancanegara, hlm.1-14.
- Kusuma, M. Soekry Erfan. 2012. *Ilmu kedokteran Forensik dan Medikolegal*. Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

- Kementerian Kesehatan. 2021. *Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian PPN/Bappenas. 2022. *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gisi Masyarakat, Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2006. *Manual Rekam Medis*. Konsil Kedokteran Indonesia: Jakarta, hlm 12.
- L, Bjorn Jensen.; Lukic I.; Gulis G. 2018. *The delivery of health promotion and environmental health services: public health or primary care settings? Healthcare (Basel)*, 6(2):42.
- M, Makarim. 1993. *Fatwa Al-Ustadz Umar Hubies*. Pimpinan Pusat Al-Irsyad Al-Islamiyyah. Jakarta.
- Martin-Misener R et al. 2012. *A scoping literature review of collaboration between primary care and public health*. Primary Health Care Research & Development, 13(4):327–346.
- Marzoeki, P., Tandon, A., Bi, X., & Pambudi, E. S. 2014. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Indonesia*.
- Marzuki, Peter Mahmud. 2005. *Penelitian Hukum*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group, hlm 93.
- Myint, C.-Y., Pavlova, M., Thein, K.-N.-N., & Groot, W. 2019. *A Systematic Review of The Health-Financing Mechanisms in The Association of Southeast Asian Nations Countries and The People's Republic of China: Lessons for The Move Towards Universal Health Coverage*. PLoS One, 14(6), e0217278.
- Murti, Bhisma. 2011. *Makalah Universal Coverage-Prof. Bhisma Murti*. Surakarta.
- Notoatmojo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : PT. Rineke Cipta.
- Onofrei, M., Vatamanu, A.-F., Vintilă, G., & Cigu, E. 2021. *Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study among EU Developing Countries*. Environmental Research and Public Health, 18(20), 1-13. 10.3390

- Organization, W. H. 2014. *WHO Global Health Expenditure Atlas*. Switzerland: WHO Global Health Expenditure Atlas.
- PA, Indrayathi. 2016. *Bahan Ajar Pendanaan Kesehatan di Berbagai Negara*. Denpasar: Program Studi Kesehatan Masyarakat Udayana.
- Pernando, Anggara. 2015. *Ini Beda Jaminan Kesehatan Nasional RI dan Jepang*. Ampshare Article.
- Pinto, R., Masaki, E., & Harimurti, P. 2016. *Indonesia Health Financing System Assessment: Spend More, Spend Right, Spend Better*: World Bank.
- Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. 2001. *Kamus Besar Bahasa Indonesia. Edisi III*. Jakarta: Balai Pustaka, hlm 412.
- PPJK. 2021. *Pendanaan Kesehatan: Konsep dan Best Practices di Indonesia. Seri Ekonomi Kesehatan Buku II*. Jakarta: Kementerian Kesehatan. Diakses dari <https://ppjk.kemkes.go.id>, pada 11 Juli 2022.
- Rachmat, Hapsara Habib. 2018. *Prinsip Dasar Pembangunan Kesehatan: Bagian Penting dari Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan dari Sistem Kesehatan Nasional*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Rechel, Bernd. 2020. *Policy Brief 34 How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options*. Denmark: WHO.
- Sarwo, YB. 2012. *Asuransi Kesehatan Sosial sebagai Model Pendanaan Kesehatan Menuju Jaminan Semesta (Universal Coverage)*. Fakultas Hukum Unika Soegijapranata. MMH Jilid 41 No.3
- Siswanto. 2010. *Motivasi dan Pengukurannya*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Soekanto, Soerjono. 1990. *Segi-Segi Hukum Hak dan Kewajiban Pasien Dalam Kerangka Hukum Kesehatan*. Bandung: Mandar Maju.
- Thea Kreutzburd dkk. 2020. *Comorbidity Patterns Among Patients with Peripheral Arterial Occlusive Disease in Germany: A Trend Analysis of Health Insurance Claims Data*. Eur J Vasc Endovasc Surg, hal 59-66.
- Tim Pendapat BPK. 2021. *Pengelolaan Atas Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia, Hlm. vii-viii

- Veenema, Tener Goodwin et al. 2021. *Integrating Primary Care and Public Health to Save Lives and Improve Practice During Public Health Crises: Lessons from COVID-19*. Baltimore: John Hopkins Center for Health Security.
- Widodo, Teguh. 2017. *Performance-Based Budgeting: Evidence from Indonesia*.
- WHO. 1945. *Constitution of the World Health Organization 1946*. WHO: Geneva Switzerland.
- WHO. 2005. *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System. Technical Brief for Policy-Makers*. Number 1, 2005. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy.
- WHO. 2005. *WHA 2005: Social Health Insurance Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance*.
- WHO. 2007. *World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. WHO: Geneva.
- WHO. 2009. *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. WHO: Geneva Switzerland.
- WHO. 2014. *Health in all policies: Helsinki statement*. Framework for country action. WHO: France.

Jurnal

- Anders Baerheim, *Must Undergraduate Medical Education be Hospital-based?* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007; 25-129-130. Taylor & Francis
- Andreasta Meliala, *Ringkasan Eksekutif Penilaian Beban Kerja Tenaga Kesehatan dan Lingkungan Kerja yang Mendukung Selama Pandemi Covid-19*, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, 2021
- Andrew Green, *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*, Oxford University Press. 2007

- David M Kaufman, *Applying Educational Theory in Practice*, dalam *ABC of Learning and Teaching in Medicine*, London: BMJ Publishing
- Diaz Novera, Analisis Pola Pemberian Insentif Residen Di Berbagai Negara: Sebuah Desk Review – Scoping Study Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI, Vol. 10, No. 02 Juni 2021
- Dussault, G., & Dubois, C. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1, 1 - 1.
- Heru, Santosa. 2015. Kebutuhan dan Perencanaan Tenaga Kesehatan di Provinsi Sumatera Utara. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI, Vol. 04, No. 01 Maret 2015
- Kiran Walsh, *Medical Education, Cost and Policy: What Are The Drivers for Change*. BMJ Learning. Vol. 50. No. 3. London: BMJ Publishing Group.
- Laksono Trisnantoro, Rancangan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, Perlukah? *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 14, No.1, 1 Maret 2011
- Nicole M. Deiorio and Maya M. Hammoud, *Coaching in Medical Education: a Faculty Handbook*. AMAA: 2017
- Nicole M. Deiorio and Maya M. Hammoud, *Coaching in Medical Education: a Faculty Handbook*. AMAA
- Nita Ariyulinda. Analisis Yuridis Pengaturan Konsil Kebidanan Dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan Dikaitkan Dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan Dan Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 Tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. Jurnal Legislasi Indonesia, Vol.16. Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-Undangan KemenkumHAM RI
- Perry H and Crigler L. (eds). *Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: A Reference Guide and Case Studies for Program Managers and Policy Makers*. 2014. Washington, DC:USAID/MCHIP

- Sanjeev Davey et.al., *Privatization of Medical Education in India: a Health System Dilemma*, International Journal of Medicine and Public Health, Vol. 4 Issue 1, 2014
- Syed Ilyas Shehnaz, *Privatization of Medical Education in Asia*, South-East Asian Journal of Medical Education, Vol. 5 No. 1, 2011
- Tim Dall et al, *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2018 to 2033*, IHS Markit Ltd and Association of American Medical Colleges, 2020
- WHO, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, Geneva: WHO Press, 2016
- WHO, *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, Background Paper No. 1 to the Global Strategy on Human Resources for Health (Human Resources for Health Observer, 17), Geneva: WHO Document Production, 2016
- World Federation for Medical Education, *Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement 2020*, WFME
- Atmaja, Gede Marhaendra Wija. 2016. Metodologi Bahasa dan Peraturan Perundang-Undangan.
- Broida, Joel H & Maeda, et all, 2014. *Japan's High Cost Illness Insurance Program: A Study of its First Three Years*. Public Health Reports. Association of Schools of Public Health. International Health. Vol 93 No 2. 2014
- Budiarsih, Akbar Prasetyo., Adetya Firnanda. 2021. *Pertanggungjawaban Dokter Dalam Misdiagnosis Pada Pelayanan Medis Di Rumah Sakit*. Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia Vol. 01, No. 02, April 2021, hlm. 55-56
- Bührer, Stefan Fetzter dan Christian Hagist. 2020. *Adverse Selection in the German Health Insurance System- the case of civil servants*. Health Policy 124, hal. 888-894.
- Busroh, Firman Freaddy. 2017. *Konseptualisasi Omnibus Law dalam Menyelesaikan Permasalahan Regulasi Pertanahan*. Jurnal Arena Hukum Vol.10 (2).

- Chongsuvivatwong V, Phua KH, Yap MT, Pocock NS, Hashim JH, Chhem R, Wilopo SA, Lopez AD. 2011 *Health and health-care systems in southeast Asia: diversity and transitions*. Lancet.
- Dewi, Shita. 2013. *Catatan Akhir Tahun Sektor Kesehatan*. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. Vol. 03, No.4. 4 Desember 2014
- Dewi, Shita. 2013. *Pemanfaatan Pembiayaan Dalam Sistem Kesehatan di Indonesia*. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. Vol. 06, No.3. September 2017.
- Félix-Bortolotti M (2009). *Part 1 – Unravelling primary health care conceptual predicaments through the lenses of complexity and political economy: a position paper for progressive transformation*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15(5):861–867.
- G, Fracastoro. 2001. *De Contagione et Contagiosis Morbis et Eorum Curatione in. Theories of Causation Dana Loomis and Steve Wings*. New York: Oxford University Press.
- Jaafar, Safurah Noh. 2013. *Malaysia Health System Review*. Health System in Transation Vol 3 No1.
- Jacobs, S. 2006. Current Trends in Regulatory Impact Analysis: The Challenges of Mainstreaming RIA into Policy-making. Jacobs and Associates. Washington, DC. sumber dari Pengembangan dan Implementasi Metode Regulatory Impact Analysis (RIA) untuk Menilai Kebijakan (Peraturan dan Non Peraturan) di Kementerian PPN/Bappenas).
- James C, Thomas. Weber J. David. 2001 *Epidemiology Methods for the Study of Infectious Diseases*. New York: Oxford University.
- Jauhani, Muhammad Afiful. 2020. *Principle of Proportionality as The Application of Impartiality in Indonesian Medical Dispute Mediation*. SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan. Vol. 6 (2) Desember 2020, hlm. 282
- Idris Haerawati, 2017. *Global Issue Universal Health Coverage: Expanding health insurance among informal worker in Indonesia*. Sriwijaya International Conference on Public Health (SICPH). Palembang. 2017.
- Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013. *The Australian Health Care System*. The Australian University: 2013.

- Mahendradhata, Yodi. 2017. *The Republic of Indonesia Health System Review*. Health Systems in Transition Vo.7 No.1 World Health Organization. WHO: Geneva.
- M, Greenwood. 2003. *Epidemics and Crowd Diseases: an Introduction to the study of Epidemiology in. Epidemiology Kept Simple an introduction to the Traditional and Modern Epidemiology*. Gerstman B. Burt Second Edition.
- Putri, Ririn Noviyanti. 2019. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi Volume 19, Nomor 1, Februari 2019, (Halaman 139-146) Diakses dari <http://ji.unbari.ac.id/index.php/ilmiah/article/view/572/525>, pada tanggal 8 Juli 2022
- Purwoko, Bambang. 2014. *Sistem Jaminan Sosial di Malaysia: Suatu Tata Kelola Penyelenggaraan Program yang Berbasis pada Pelembagaan yang Terpisah*. E-Journal Widya Ekonomika. ISSN 2338-7807. Vol 1 No 1. 2014.
- Telaumbanua, Ruth Faeriani. 2020. *Peran Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Pelayanan Kesehatan WBP Rutan*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada. Vol. 11, N.1, Juni 2020. Makassar: Politeknik Ilmu Pemasarakatan. 2020.hhttps://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH. DOI: 10.35816/jiskh.v10i2.247
- Widodo, Teguh. 2017. *Performance-Based Budgeting: Evidence from Indonesia*. Institute of Local Government Studies School of Government and Society College of Social Sciences University of Birmingham. 19 Agustus 2016

Publisitas dan Situs Web

- Andreasta Meliala, *Ringkasan Eksekutif Penilaian Beban Kerja Tenaga Kesehatan dan Lingkungan Kerja yang Mendukung Selama Pandemi Covid-19*, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, 2021
- Sekretariat Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Statistik Pendidikan Tinggi 2020

Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan, 2022. Pemerataan Dokter Spesialis Lewat Academic Health System. Diakses dari <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/pemerataan-dokter-spesialis-lewat-academic-health-system/> , pada tanggal 12 Juli 2022.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta. 2009. Diakses dari https://www.academia.edu/47777215/Peran_Pemerintah_dan_Masyarakat_Dalam_Pembiayaan_Kesehatan, pada 12 Juli 2022.

FutureReady Article, 5 Negara Tujuan Wisata Kesehatan di Asia. 2016. Diakses dari <https://www.futureready.com/artikel/health/5-negara-tujuan-wisata-kesehatan-di-asia/>, pada 11 Juli 2022

Health in all policies. Helsinki statement. Framework for country action. 2014. WHO: France. Diakses dari <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908/> , pada 12 Juli 2022

Institute for Health Metrics Evaluation, 2019. Mapping 123 Million neonatal, infant and child deaths between 200 and 2017. Diakses dari <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1545-0/> , pada 11 Juli 2022.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, PPJK, Pembiayaan Kesehatan: Konsep dan Best Practices, 2022. Diakses dari <https://ppjk.kemkes.go.id/libftp/>, pada 12 Juli 2022.

Komnas HAM, “Komnas HAM: Penyusunan Omnibus Law Tidak Akuntabel dan Partisipatif”. 2020. Diakses dari <https://www.komnasham.go.id/index.php/news>, pada 11 Februari 2022.

Konsil Kedokteran Indonesia, 2017. Persebaran Dokter/Dokter Gigi/Spesialis berdasarkan Alamat Korespondensi. Diakses dari http://kki.go.id/index.php/report/rekap_data/ , pada 12 Juli 2022.

Lasker R et al. (1997). Medicine & Public Health: The power of collaboration. New York, Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health, the New York Academy of Medicine. Diakses dari <https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/medicine-amp-public-health-the-power-of-collaboration>, pada 10 Juli 2022.

Media Informasi resmi Terkini Penyakit Infeksi Emerging. 2022. Diakses dari <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/uncategorized/apa-itu-herd-immunity-kekebalan-kelompok>, pada 9 Juli 2022

Morschel JR, Introduction to Plant Quarantine. Australian Government Publishing Service, Canberra.1971. Diakses dari <http://repository.pertanian.go.id/> pada tanggal 11 Juli 2022

Trisnantoro, Laksono. 2014. Universal Health Coverage and Medical Industry in 3 Southeast Asian Countries. Diakses dari <https://www.researchgate.net/publication/274896095>, pada 9 Juli 2022

United States Renal Data System (USRDS). 2015. Percentages & counts of reported ESRD patients: by treatment modality. Available at: <http://www.usrds.org/reference.aspx>.

Universal Declaration of Human Rights (UDHR). Diakses dari <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/indonesian>, pada tanggal 12 Juli 2022.

World Health Organization. 2010. The World Health Report Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Diakses dari <http://www.who.int/whr/en/index.html>, pada 10 Juli 2022.

WHO, Coronavirus disease (COVID-19): Herd immunity, lockdowns and COVID-19. 2020. Diakses dari <https://www.who.int/emergencies/diseases>, pada 8 Juli 2022.

WHO Six Building Blocks diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> , pada tanggal 12 Juli 2022

WHO South East Asia Regional Office. (SEARO). 2000. Diakses dari <https://www.who.int/southeastasia/> , pada 9 Juli 2022.

World Health Organization, 2016. International Health Regulations (IHR) Third Edition 2005. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Diakses dari <http://www.who.int/whr/en/index.html>, pada 11 Juli 2022.

<https://kebijakankesehatanindonesia.net/index.php> , diakses pada 10 Juli 2022

<https://dataindonesia.id/ragam/detail/angka-harapan-hidup-indonesia-capai-735-tahun-pada-2021/> , diakses pada 11 Juli 2022

<https://manajemen-pendanaankesehatan.net/index.php> , diakses pada 11 Juli 2022

<https://dataindonesia.id/ragam/detail/angka-harapan-hidup-indonesia-capai-735-tahun-pada-2021> Diakses pada 12 Juli 2022

<https://infeksiemerging.kemkes.go.id> Diakses pada tanggal 11 Juli 2022.

<https://fisipol.ugm.ac.id/peran-telemedicine-dan-literasi-difital-dalam-menghadapi-pandemi>, Diakses pada tanggal 14 Juli 2022

Canadian Patient Safety Institute (CPSI) (2017). *Patient Safety Incident*.

[https://www.kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/278-](https://www.kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/278-manajemen-residen-dalam-era-jaminan-kesehatan-nasional)

[manajemen-residen-dalam-era-jaminan-kesehatan-nasional](https://www.kebijakankesehatanindonesia.net/23-agenda/278-manajemen-residen-dalam-era-jaminan-kesehatan-nasional)

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Pages/Patient-Safety-Incident.aspx>.

OECD, OECD Health Statistics 2021