



KAJIAN AKADEMIK
PELAKSANAAN UNDANG-UNDANG NOMOR 6 TAHUN 2018
TENTANG KEKARANTINAAN KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

1. Pembangunan manusia di Indonesia, salah satunya dilakukan dengan upaya perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat yang tersebar di 900-an pulau Indonesia yang berjumlah lebih dari 17.000 (tujuh belas ribu) pulau. Disamping itu sebagai negara yang memiliki letak geografis yang strategis yang berada pada jalur lalu lintas internasional, Indonesia memiliki banyak pintu masuk bagi orang maupun barang dari luar wilayah Indonesia. Terlebih, saat ini dengan semakin bebasnya era perdagangan dunia dan pesatnya kemajuan teknologi di berbagai bidang, dapat berdampak pada perubahan pola penyakit dan meningkatnya risiko kesehatan yang diakibatkan oleh radiasi nuklir, pencemaran biologi, kontaminasi kimia, bioterorisme, dan pangan, sehingga Indonesia memiliki risiko tinggi sebagai akses keluar masuknya penyebaran penyakit dan gangguan kesehatan yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat (KKM). Oleh karena itu, upaya cegah tangkal dan pengendalian faktor risiko kesehatan masyarakat, harus dilakukan secara komprehensif, terkoordinasi, serta membutuhkan sumber daya, peran serta masyarakat, dan kerja sama internasional. Ditetapkannya *International Health Regulations* Tahun 2005 (IHR 2005) mengharuskan Indonesia, sebagai bagian dari masyarakat dunia, untuk melakukan penyesuaian perangkat peraturan perundang-undangan, organisasi, dan sumber daya yang berkaitan dengan kekarantinaan Kesehatan. Hal tersebut dilakukan guna meningkatkan kapasitas dan kemampuan dalam *surveilans* kesehatan dan *respons*, serta kekarantinaan kesehatan di wilayah dan pintu masuk, baik pelabuhan, bandar udara, maupun Pos Lintas Batas Negara (PLBN).
2. Berdasarkan uraian diatas, pengaturan mengenai kekarantinaan kesehatan menjadi penting sebagai salah satu wujud tanggung jawab negara dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat yang akan berdampak kepada terjamin dan terjaganya keamanan nasional, memberikan kepastian hukum, dan melindungi segenap bangsa, serta untuk mewujudkan upaya memberikan kesejahteraan, ketertiban, kedamaian dan keadilan bagi masyarakat. Sebagai tindak lanjut, Indonesia telah mengesahkan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan (UU Kekarantinaan Kesehatan) yang merupakan bentuk

komitmen Indonesia untuk ikut menanggulangi KKM yang meresahkan dunia (*Public Health Emergency of International Concern/ PHEIC*), dalam rangka menghormati sepenuhnya martabat, hak asasi manusia, dasar-dasar kebebasan seseorang, dan penerapannya secara universal.

3. Namun patut disadari bahwa dalam implementasinya, UU Keekarantinaan Kesehatan masih memiliki permasalahan yang menghambat pelaksanaan keekarantinaan Kesehatan dan terkait pengaturan penyelenggaraan keekarantinaan kesehatan dalam pasal/ayat dalam UU Keekarantinaan Kesehatan. Meskipun demikian kita semua menyadari bahwa keberadaan UU Keekarantinaan Kesehatan ini menjadi penting mengingat besarnya ancaman bencana yang berdampak pada kesehatan masyarakat secara luas yang penyebarannya bisa melewati batas negara dan mengakibatkan kedaruratan kesehatan, kerusakan lingkungan, hingga lumpuhnya perekonomian suatu negara.
4. Selain itu, UU Keekarantinaan Kesehatan juga telah dilakukan pengujian di Mahkamah Konstitusi, yaitu dengan nomor perkara 36/PUU-XVIII/2020 yang menguji Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan terhadap Pasal 27 ayat (2), Pasal 28D ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI Tahun 1945). Perkara tersebut diputus oleh Mahkamah Konstitusi pada 25 November 2020 dengan amar putusan menolak permohonan provisi para Pemohon dan dalam pokok permohonan MK menyatakan permohonan Pemohon I tidak dapat diterima dan menolak permohonan para Pemohon untuk selain dan selebihnya.
5. Dalam kurun waktu hampir 3 (tiga) tahun keberlakuan UU Keekarantinaan Kesehatan yaitu sejak diundangkan 8 Agustus 2018, masih ditemukan beberapa isu terkait materi muatan dan implementasi UU Keekarantinaan Kesehatan, antara lain:
 - a. Adanya ketidaksesuaian definisi karantina dan isolasi yang ada dalam UU Keekarantinaan Kesehatan dengan IHR 2005.
 - b. Peraturan pelaksana UU Keekarantinaan Kesehatan yang berdasarkan ketentuan Pasal 96 ayat (1) UU Keekarantinaan Kesehatan ditentukan “harus ditetapkan paling lambat 3 (tiga) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan” namun hingga saat ini hanya terdapat Peraturan Pemerintah mengenai Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam rangka penanganan *corona virus disease 2019 (Covid-19)*.
 - c. Pembagian kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang belum memberikan kejelasan dan kepastian hukum.
 - d. Adanya ketidakpastian informasi yang sampai kepada masyarakat dalam rangka penerapan UU Keekarantinaan Kesehatan yang mengakibatkan kebingungan dan kepanikan dalam masyarakat.
 - e. Kurangnya kesadaran masyarakat dalam menjalankan UU Keekarantinaan Kesehatan.

6. Berdasarkan Pasal 20A ayat (1) UUD NRI Tahun 1945 salah satu fungsi konstitusional DPR RI ialah fungsi pengawasan. Penegasan dan pelaksanaan fungsi pengawasan DPR RI lebih lanjut diatur dalam Pasal 69 ayat (1) *jo.* Pasal 70 ayat (3) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2014 tentang MPR, DPR, DPD dan DPRD sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2019 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2014 tentang MPR, DPR, DPD, dan DPRD dan Pasal 4 ayat (1) *jo.* Pasal 5 ayat (3) Peraturan Tata Tertib DPR RI Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tata Tertib yang menyatakan bahwa salah satu fungsi pengawasan DPR RI dilaksanakan melalui pengawasan atas pelaksanaan undang-undang. Dalam rangka mendukung fungsi pengawasan DPR RI tersebut, Pusat Pemantauan Pelaksanaan Undang-Undang Sekretariat Jenderal dan Badan Keahlian DPR RI sebagai bagian dari sistem pendukung (*supporting system*) DPR RI telah melakukan kegiatan pengumpulan data dan informasi pelaksanaan UU Kekeantinaan Kesehatan di 3 (tiga) daerah yaitu Provinsi Jawa Timur, Provinsi Kalimantan Barat dan Provinsi Kepulauan Riau.
7. Metode pemantauan pelaksanaan UU Kekeantinaan Kesehatan dilakukan dengan pendekatan yuridis normatif dan yuridis empiris. Metode yuridis normatif dilakukan untuk mengetahui potensi masalah norma yang tumpang tindih/disharmoni, inkonsistensi atau menimbulkan multitafsir. Sedangkan yuridis empiris merupakan suatu pemantauan langsung yang dilakukan di daerah dengan maksud dan tujuan untuk menemukan fakta (*fact-finding*), kemudian diteruskan dengan menemukan masalah (*problem-finding*), kemudian diteruskan pada identifikasi masalah (*problem identification*), dan yang terakhir untuk mencari penyelesaian masalah (*problem solution*). Dalam proses pengumpulan data dan informasi akan dilakukan pendalaman melalui dengar pendapat (*Public Hearing*) melalui media *video conference* dengan mengundang kementerian/lembaga yang terkait, akademisi, lembaga swadaya masyarakat di Provinsi Jawa Timur, Provinsi Kalimantan Barat dan Provinsi Kepulauan Riau.. Data dan informasi yang diperoleh dari hasil FGD maupun dari dengar pendapat sebagaimana tersebut diatas, selanjutnya akan dilakukan kajian dan evaluasi untuk memberikan masukan kepada Dewan dalam menjalankan fungsi legislasi dan fungsi pengawasan.

B. HASIL PEMANTAUAN

1. ASPEK SUBSTANSI HUKUM

a. Frasa “mencegah dan menangkal” dalam Pasal 1 angka 1 UU Kekeantinaan Kesehatan

Pasal 1 angka 1 UU Kekeantinaan Kesehatan mengatur perihal definisi kekeantinaan kesehatan. Namun, dalam UU Kekeantinaan Kesehatan frasa “*mencegah*

dan menangkal” tidak diatur dan dijelaskan lebih lanjut. Tidak diatur dan dijelaskannya perihal definisi dan perbedaan antara frasa “*mencegah dan menangkal*” menyebabkan multitafsir dalam pelaksanaannya, sehingga ketentuan ini belum memenuhi asas dapat dilaksanakan, asas kejelasan rumusan, asas ketertiban dan kepastian hukum dalam Pasal 5 dan Pasal 6 UU PPP, serta asas manfaat dan asas perlindungan dalam Pasal 2 UU Keekarantinaan Kesehatan.

b. Aspek Sosial dan Ekonomi pada Definisi Keekarantinaan Kesehatan dalam Pasal 1 angka 1 UU Keekarantinaan Kesehatan

Pasal 1 angka 1 UU Keekarantinaan Kesehatan belum mengakomodir upaya menjaga daya tahan masyarakat dari aspek sosial dan ekonomi dalam kehidupan masyarakat meskipun dalam Pasal 11 ayat (1), Pasal 52, Pasal 55, dan Pasal 58 UU Keekarantinaan Kesehatan mengatur bahwa penyelenggaraan keekarantinaan kesehatan dilaksanakan dengan mempertimbangkan aspek sosial dan ekonomi. Dengan tidak diaturnya aspek sosial dan ekonomi dalam definisi keekarantinaan kesehatan, maka berpotensi mengakibatkan kurang optimalnya kemanfaatan yang diharapkan dapat diperoleh dari pemberlakuan UU Keekarantinaan Kesehatan dalam mengatur kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara, sehingga Pasal 1 angka 1 UU Keekarantinaan Kesehatan juga belum memenuhi asas kedayagunaan dan kehasilgunaan, asas pengayoman, dan asas keseimbangan, keserasian, dan keselarasan dalam Pasal 5 dan Pasal 6 UU PPP.

c. Indikator Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat dalam Pasal 1 angka 2 UU Keekarantinaan Kesehatan

Dalam definisi KKM yang terdapat dalam Pasal 1 angka 2 UU Keekarantinaan Kesehatan, tidak disebutkan satupun perihal indikator-indikator yang harus dipenuhi apabila Pemerintah Pusat menetapkan status KKM, oleh karena itu, ketentuan Pasal 1 angka 2 UU Keekarantinaan Kesehatan belum memenuhi asas kejelasan rumusan, asas pengayoman, asas ketertiban dan kepastian hukum dalam Pasal 5 dan Pasal 6 UU PPP, serta asas kepentingan umum dalam Pasal 2 huruf f UU Keekarantinaan Kesehatan.

d. Penyesuaian Definisi Karantina dalam Pasal 1 angka 6 UU Keekarantinaan Kesehatan dengan *International Health Regulations 2005 (IHR 2005)*

Ketentuan Pasal 1 angka 6 UU Keekarantinaan Kesehatan perlu disesuaikan dengan IHR 2005 karena seseorang tersangka dalam arti orang yang diduga terpapar penyakit menular, sangat penting untuk dilakukan karantina. Oleh karena itu, Pasal 1 angka 6 UU

Kekarantinaan Kesehatan belum memenuhi asas kesesuaian antara jenis, hierarki, dan materi muatan, asas kedayagunaan dan kehasilgunaan dalam Pasal 5 UU PPP dan asas manfaat dan asas perlindungan dalam Pasal 2 UU Keekarantinaan Kesehatan.

e. Cakupan Definisi Isolasi dalam Pasal 1 angka 7 UU Keekarantinaan Kesehatan

Pasal 1 angka 7 UU Keekarantinaan Kesehatan mengatur definisi isolasi yang pada intinya merupakan pemisahan orang sakit dari orang sehat yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, sedangkan IHR 2005 mendefinisikan isolasi selain untuk orang yang sakit, namun juga pemisahan bagasi, peti kemas, alat angkut, barang, atau paket pos yang terpapar. Selain itu, definisi isolasi dalam UU Keekarantinaan Kesehatan juga mewajibkan pemisahan orang sakit dari orang sehat untuk hanya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan IHR 2005 tidak mengatur kewajiban hanya harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, apabila dikaitkan dengan kurang memadainya fasilitas pelayanan kesehatan saat ini, maka seharusnya dimungkinkan terdapat dasar hukum dapat dilakukannya pemisahan orang sakit dari orang sehat di luar fasilitas pelayanan kesehatan dengan catatan tetap dilakukannya pemantauan/pengawasan dari pihak yang berwenang. Oleh karena itu, definisi isolasi dalam Pasal 1 angka 7 UU Keekarantinaan Kesehatan harus disesuaikan dengan ketentuan IHR 2005 karena apabila definisi tersebut tidak disesuaikan, maka Pasal 1 angka 7 UU Keekarantinaan Kesehatan belum memenuhi asas dapat dilaksanakan, asas kedayagunaan dan kehasilgunaan, asas pengayoman dalam Pasal 5 dan Pasal 6 UU PPP dan asas manfaat serta asas perlindungan dalam Pasal 2 UU Keekarantinaan Kesehatan.

f. Asas Keekarantinaan Kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 2 UU Keekarantinaan Kesehatan

Pasal 2 UU Keekarantinaan Kesehatan mengatur mengenai asas-asas Keekarantinaan Kesehatan. Materi Pasal 2 UU Keekarantinaan Kesehatan belum implementatif dan masih belum memenuhi asas dapat dilaksanakan, asas kedayagunaan dan kehasilgunaan, asas keseimbangan, keserasian dan keselarasan pada UU PPP dan asas manfaat sebagaimana diatur dalam Pasal 2 UU Keekarantinaan Kesehatan. Hal ini dikarenakan masih ada beberapa permasalahan dalam penyelenggaraan keekarantinaan kesehatan, diantaranya persoalan kesadaran hukum dan tidak diaturnya ketentuan bagaimana mencapainya, yang menyebabkan UU Keekarantinaan Kesehatan belum efektif. Pelaksanaan keekarantinaan kesehatan nampak tidak sejalan karena adanya ketidaksesuaian asas penyelenggaraan keekarantinaan kesehatan dengan asas penanggulangan bencana. Tidak adanya asas gotong royong maupun partisipasi masyarakat berdampak tidak efisiennya pelaksanaan UU Keekarantinaan Kesehatan. Selain itu, kegiatan keekarantinaan kesehatan juga berdampak

pada sosial ekonomi baik perorangan hingga keuangan negara, dan disinilah diperlukan adanya ketahanan ekonomi. UU Kekarantinaan Kesehatan mengatur bahwa Pemerintah bertanggung jawab menyelenggarakan kekarantinaan kesehatan. Namun demikian, upaya mengatasi KKM, besar dan luasnya kondisi yang timbul dari KKM, dalam pelaksanaannya memerlukan peran serta masyarakat. Sementara asas partisipasi masyarakat belum dituangkan dalam ketentuan Pasal 2 UU Kekarantinaan Kesehatan. Seharusnya materi muatan Pasal 2 UU Kekarantinaan Kesehatan mencerminkan keserasian, dan keselarasan, antara kepentingan individu, masyarakat dan kepentingan bangsa dan negara.

g. “Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah” dalam Pasal 4, Pasal 5 dan Pasal 6 UU Kekarantinaan Kesehatan

Dalam penjelasan Pasal 4, Pasal 5 dan Pasal 6 UU Kekarantinaan Kesehatan tidak dijelaskan mengenai pembagian tugas dan kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang berdampak pada pelaksanaan koordinasi dan adanya tumpang tindih kewenangan dalam pelaksanaan kekarantinaan kesehatan.

h. Nomenklatur “dunia internasional, pihak internasional dan organisasi internasional” perlu diperjelas

Tidak diaturnya lebih lanjut frasa “... *dunia internasional*” pada Pasal 11 ayat (2) UU Kekarantinaan Kesehatan, frasa “...*pihak internasional*...” pada Pasal 12 UU Kekarantinaan Kesehatan, dan frasa “...*organisasi internasional*” menyebabkan ketidakjelasan rumusan sehingga menimbulkan berbagai macam interpretasi. Dengan demikian ketiga pasal tersebut tidak memenuhi asas kejelasan rumusan pada Pasal 5 huruf f UU PPP, asas ketertiban dan kepastian hukum yang diatur dalam Pasal 6 ayat (1) UU PPP dan asas manfaat pada Pasal 2 huruf b UU Kekarantinaan Kesehatan.

i. Kedudukan Pejabat Karantina Kesehatan

Pengertian Pejabat Karantina Kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 1 angka 29 jo. Pasal 73 UU Kekarantinaan Kesehatan masih menimbulkan ketidakjelasan rumusan, sehingga memunculkan banyak intepretasi di kalangan pengambil kebijakan Kekarantinaan Kesehatan maupun dalam masyarakat. Dan menimbulkan ketidakpastian hukum. Selain itu, belum diakomodirnya keterlibatan pejabat-pejabat yang bukan Pejabat Karantina Kesehatan dalam penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan, menimbulkan adanya hambatan birokratis terkait kedudukan maupun kewenangan pemangku kepentingan dalam pelaksanaan kekarantinaan kesehatan khususnya dalam KKM.

j. Frasa “Penyidik PPNS berwenang mengadakan Tindakan Lain menurut Hukum dalam Penanganan Kekarantinaan Kesehatan” dalam Pasal 85 huruf o UU Kekarantinaan Kesehatan

Dalam penjelasan Pasal 85 huruf o tidak dijelaskan maksud dari frasa “*tindakan lain menurut hukum*”, yang menimbulkan permasalahan dengan belum jelasnya pengaturan mengenai ketentuan penyidik PPNS berwenang mengadakan tindakan lain menurut hukum dalam hal penanganan kekarantinaan kesehatan yang berimplikasi pada tidak jelasnya frasa tersebut dan berpotensi menimbulkan adanya penyalahgunaan wewenang serta tumpang tindih dengan penyidik dari instansi lain.

k. Penormaan perihal Sanksi dalam Informasi Kekarantinaan Kesehatan

Implementasi Pasal 79, Pasal 80 dan Pasal 81 masih belum maksimal karena tidak adanya peraturan yang mengatur perihal validitas informasi kekarantinaan kesehatan *serta sanksi administratif dan/atau pidana bagi pihak-pihak yang mengintervensi atau tidak jujur dalam menyampaikan data dan informasi Kekarantinaan Kesehatan*. Selain itu, tidak adanya penormaan mengenai sanksi pelanggaran dalam informasi kekarantinaan kesehatan di UU Kekarantinaan Kesehatan, berpotensi menimbulkan adanya penyampaian dan persebaran informasi yang tidak benar dan informasi kekarantinaan kesehatan yang tidak dapat dipertanggungjawabkan. Hal tersebut menjadikan UU Kekarantinaan Kesehatan belum memenuhi asas pembentukan peraturan perundang-undangan yaitu asas kejelasan tujuan dan asas kedayagunaan dan kehasilgunaan yang diatur dalam Pasal 5 UU PPP, asas ketertiban dan kepastian hukum yang diatur dalam Pasal 6 ayat (1) UU PPP, serta belum memenuhi asas manfaat dan asas perlindungan yang diatur dalam Pasal 2 UU Kekarantinaan Kesehatan

l. Penormaan perihal Kewajiban Partisipasi Masyarakat dalam Penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan

UU Kekarantinaan Kesehatan belum memberikan kepastian hukum dan keleluasaan bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam kekarantinaan kesehatan. UU Kekarantinaan Kesehatan hanya melibatkan masyarakat dalam hal sumber pendanaan, sedangkan pada implementasinya, dukungan masyarakat sangat banyak. Hal tersebut menjadikan UU Kekarantinaan Kesehatan belum memenuhi asas pembentukan peraturan perundang-undangan yaitu asas kejelasan tujuan dan asas kedayagunaan dan kehasilgunaan yang diatur dalam Pasal 5 UU PPP, asas ketertiban dan kepastian hukum yang diatur dalam Pasal 6 ayat (1) UU PPP, serta belum memenuhi asas keterpaduan, asas manfaat dan asas perlindungan yang diatur dalam Pasal 2 UU Kekarantinaan Kesehatan.

m. Restrukturisasi Rumusan Ketentuan UU Kejarantinaan Kesehatan

Penyelenggaraan kejarantinaan kesehatan yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat yang berpotensi menimbulkan kedaruratan masyarakat, dirasa penting untuk dilakukan tidak hanya ketika terjadinya dan ditetapkannya status kedaruratan kesehatan masyarakat. Pengaturan yang ada dalam UU Kejarantinaan Kesehatan masih belum mampu menunjukkan suatu sistem yang mampu menjamin keselamatan masyarakat dalam kedaruratan kesehatan. Meskipun pengaturan dalam UU Kejarantinaan Kesehatan ditujukan untuk menangani kejadian yang bersifat luar biasa dengan ditandai penyebaran penyakit menular dan/atau kejadian yang disebabkan oleh radiasi nuklir, pencemaran biologi, kontaminasi kimia, bioterorisme, dan pangan yang menimbulkan bahaya kesehatan dan berpotensi menyebar lintas wilayah atau lintas negara, namun pengaturan yang ada dalam undang-undang tersebut belum cukup sistematis dan menggambarkan suatu mekanisme penanganan terpadu. Hal ini berpotensi menimbulkan kendala dan kesulitan dalam pencapaian tujuan UU Kejarantinaan Kesehatan, sehingga UU Kejarantinaan Kesehatan belum memenuhi asas pembentukan peraturan perundang-undangan yaitu asas kejelasan tujuan yang diatur dalam Pasal 5 UU PPP dan asas manfaat serta asas perlindungan dalam Pasal 2 UU Kejarantinaan Kesehatan

n. Potensi Disharmoni UU Kejarantinaan Kesehatan dengan Undang-Undang lain

1) UU Penanggulangan Bencana

Terdapat perbedaan definisi kebutuhan dasar yang diberikan kepada masyarakat oleh Pemerintah ketika terjadinya bencana non alam, oleh karena itu UU Kejarantinaan Kesehatan dan UU Penanggulangan Bencana harus diharmonisasikan sebagai payung hukum guna menangani pandemi *Covid-19* yang termasuk dalam bencana non alam dan unsur dari terjadinya kedaruratan kesehatan masyarakat agar tidak menyebabkan ketidakpastian dan keseragaman hukum, dasar dilakukannya penanganan terhadap bencana alam, maupun bencana non alam.

2) UU Karantina Hewan, Ikan dan Tumbuhan

UU Kejarantinaan Kesehatan mengatur definisi Pejabat karantina pada Pasal 1 angka 32 berbeda dengan definisi pejabat karantina Kesehatan yang ada dalam Pasal 1 Angka 29 UU Kejarantinaan Kesehatan. Dalam hal pelaksanaan kejarantinaan kesehatan terkait dengan pangan, antara kedua pejabat tersebut diatur memiliki tugas dan kewenangan yang saling beririsan sehingga berpotensi terjadi benturan kepentingan dalam pelaksanaan tugas dan kewenangannya.

Selain itu, pelaksanaan UU Kekarantinaan Kesehatan juga berpotensi terhambat dengan adanya perbedaan pengaturan dalam peraturan pelaksana UU terkait, yakni Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular yang merupakan peraturan pelaksanaan UU Wabah dan Penyakit Menular dan Peraturan Menteri Perhubungan Nomor 61 Tahun 2015 tentang Fasilitasi Udara sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Perhubungan Nomor 106 Tahun 2018 yang merupakan peraturan pelaksanaan dari UU. Penerbangan.

2. ASPEK STRUKTUR HUKUM/KELEMBAGAAN

a. Komitmen Pemangku Kepentingan UU Kekarantinaan Kesehatan dalam Pencapaian Efektivitas Pelaksanaan UU Kekarantinaan Kesehatan

Efektivitas pelaksanaan UU Kekarantinaan Kesehatan dilihat dari pihak-pihak yang menerapkan dan melaksanakan UU Kekarantinaan Kesehatan berdasarkan tugas pokok dan fungsinya masing-masing, masih mengalami banyak hambatan dan permasalahan. Beberapa hambatan dan permasalahan tersebut diantaranya kurangnya komitmen dan dukungan dari kementerian dan lembaga terkait, keterbatasan SDM pejabat karantina dan PPNS karantina kesehatan, kurangnya kesadaran masyarakat dalam mengikuti peraturan kekarantinaan kesehatan dan penegakan sanksi bagi pelanggar UU Kekarantinaan Kesehatan. Oleh Karena itu, guna mengoptimalkan efektivitas pelaksanaan kekarantinaan kesehatan, diperlukan penguatan koordinasi yang sinergis antar pemangku kepentingan dari UU Kekarantinaan Kesehatan.

b. Koordinasi Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah dalam Pelaksanaan Kekarantinaan Kesehatan

Penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan tidak lepas dari koordinasi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Namun, pada faktanya masih terdapat permasalahan koordinasi dalam pelaksanaan kewenangan tersebut karena UU Kekarantinaan Kesehatan tidak menggambarkan secara jelas pembagian kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam menyelenggarakan karantina kesehatan. Benturan kewenangan antara keduanya sering terjadi, terlebih para pihak memiliki perbedaan persepsi atas ketentuan dalam UU Kekarantinaan Kesehatan yang akan dilaksanakannya. Oleh karena itu, diperlukan pengaturan yang jelas perihal pembagian kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, dan pengaturan lebih lanjut mengenai pembagian kewenangan tersebut dalam UU Pemda.

c. Pengawasan Penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan

Salah satu upaya di bidang kesehatan masyarakat adalah karantina kesehatan yang dalam pelaksanaannya mempunyai implikasi yang sangat luas dan kompleks meliputi aspek legalitas, biaya, kemampuan manajemen, dukungan unsur-unsur asasi manusia kelangsungan dunia usaha, sosial, perekonomian, budaya, keamanan dan hubungan luar negeri. Pentingnya penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan harus diimbangi dengan proses pembinaan dan pengawasan yang terstruktur terhadap proses penyelenggaraannya guna menjamin tercapainya tujuan diberlakukannya Kekarantinaaan Kesehatan. Dalam UU Kekarantinaan Kesehatan, pengawasan perihal penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan diatur dalam Pasal 83, namun pelaksanaannya masih terdapat permasalahan berupa masih belum jelasnya pembagian kewenangan dalam hal pengawasan penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan.

d. Pelaksanaan Kekarantinaan Kesehatan di Perbatasan/Pintu Masuk Darat

Pengelolaan wilayah perbatasan di masa pandemi tentunya sangat bergantung pada protokol kesehatan sebagai sebuah panduan dalam menghadapi penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat. Perbatasan suatu negara memiliki peranan penting dalam melakukan kontrol dan pencegahan penyebarluasan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat yang sedang melanda. Dalam pelaksanaan Pasal 35 sampai dengan 46 UU Kekarantinaan Kesehatan masih terdapat beberapa permasalahan seperti belum adanya pengaturan yang konkret terkait pembatasan kegiatan di pintu masuk/perbatasan/border dikarenakan di daerah perbatasan merupakan jalur masuk keluarnya orang maupun barang yang berpotensi menyebarkan penyakit/faktor risiko kesehatan masyarakat, dan masih terbatasnya jumlah SDM di daerah perbatasan.

e. Pejabat Kekarantinaan Kesehatan

Kedudukan Pejabat Karantina Kesehatan di Pintu Masuk maupun di Wilayah sebagai sumber daya penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan, penting dan strategis sehingga dipandang perlu kepada pejabat tersebut diberikan diklat fungsional keahlian. Selain itu, keterbatasan jumlah Pejabat Karantina Kesehatan menyebabkan pelaksanaan penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan terhambat, meskipun telah diupayakan agar terpenuhi melalui perekrutan CPNS maupun tenaga kontrak, akan tetapi keengganan untuk ditempatkan di wilayah perbatasan menjadi kendala baru dalam pemenuhan Pejabat Karantina Kesehatan di Pintu Masuk.

f. Penguatan Perekonomian Masyarakat dalam Kedaruratan Kesehatan Masyarakat

Dalam ketentuan Pasal 11 ayat (1) dan Pasal 49 ayat (2) UU Kekarantinaan Kesehatan mengatur adanya mempertimbangkan kedaulatan negara, keamanan, ekonomi,

sosial, dan budaya dalam penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan pada KKM dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat secara cepat dan tepat berdasarkan besarnya ancaman, efektivitas, dukungan sumber daya, dan teknik operasional namun kondisi KKM yang ditimbulkan dari persebaran penyakit tentunya berpengaruh terhadap kemampuan masyarakat dalam bekerja dan berpengaruh pada kondisi perekonomian masyarakat.

g. Penerbitan Peraturan Pelaksanaan UU Keekarantinaan Kesehatan oleh Pemerintah

Hingga saat ini, peraturan pelaksanaan UU Keekarantinaan Kesehatan belum diterbitkan. Kehadiran peraturan pelaksanaan UU Keekarantinaan Kesehatan memiliki fungsi yang krusial karena sebagai peraturan teknis dalam pelaksanaan keekarantinaan kesehatan, sehingga apabila peraturan pelaksanaan tersebut belum diterbitkan, maka akan menghambat pelaksanaan keekarantinaan kesehatan. Belum diterbitkannya peraturan pelaksanaan UU Keekarantinaan Kesehatan, menyebabkan tindakan-tindakan tertentu tidak memiliki dasar hukum yang kuat dan menyebabkan kebingungan bagi pelaksana UU Keekarantinaan Kesehatan karena adanya kekosongan hukum. Oleh karena itu, sangat penting bagi Pemerintah untuk segera menerbitkan peraturan pelaksanaan UU Keekarantinaan Kesehatan.

3. ASPEK SARANA DAN PRASARANA

a. Kurangnya Dukungan Sumber Daya Keekarantinaan Kesehatan

Ketersediaan laboratorium dan APD dalam penyelenggaraan keekarantinaan kesehatan menjadi permasalahan sumber daya keekarantinaan kesehatan yang paling penting karena kegunaannya untuk mendeteksi terpaparnya seseorang dari penyakit menular tertentu dan sebagai tameng pelindung para tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. Hal penting lainnya adalah terkait ketersediaan fasilitas karantina bagi WNA maupun WNI yang berprofesi sebagai pekerja migran. Kurangnya dukungan sumber daya keekarantinaan kesehatan tersebut harus segera diatasi agar penanganan KKM berjalan optimal. Kurangnya ketersediaan *screening/diagnostic kit* menyebabkan pejabat karantina kesehatan kurang cepat dalam melaksanakan tugasnya. Pemenuhan kebutuhan sumber daya karantina kesehatan tersebut, berdasarkan Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan merupakan tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

b. Kurangnya Dukungan Asrama untuk Pelaksanaan Keekarantinaan Kesehatan

Pelaksanaan kekarantinaan kesehatan saat ini, masih terhambat dengan belum tersedianya asrama karantina kesehatan. Untuk mengatasi permasalahan perihal asrama karantina kesehatan, Pemerintah menjadikan hotel, gedung pertemuan, wisma atlet, dan sebagainya sebagai asrama kesehatan di kala pandemi *Covid-19* menyerang. Adanya asrama kesehatan tersebut memerlukan pengaturan lebih lanjut terkait dengan pengelolaannya ketika terjadi KKM maupun ketika tidak ada KKM guna menjaga kesinambungan keberadaan asrama karantina kesehatan tersebut.

c. Kebutuhan atas *National Guidelines* untuk Rumah Sakit dalam Kekarantinaan Kesehatan

Peran dan fungsi dari rumah sakit sangat krusial karena menjadi garda terdepan dalam penanganan pandemi *Covid-19*. Namun, dalam melakukan peran dan fungsinya, rumah sakit mengandalkan pedoman yang dibuat oleh Pemerintah. Dalam kekarantinaan kesehatan khususnya dalam penanganan KKM covid-19 dibutuhkan pedoman yang berkesesuaian dengan kondisi yang berkembang. Pelayanan medis masih mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran dan pengaturan yang ada sekarang belum mampu beradaptasi dengan perkembangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang ditimbulkan oleh perkembangan Covid-19 hingga saat ini guna menjamin keselamatan tenaga Kesehatan yang menangani pasien Covid-19. Pedoman nasional (*national guidelines*) ini dibutuhkan tidak sekedar menjamin keselamatan tenaga kesehatan tetapi juga sebagai perlindungan hukum terhadap tenaga kesehatan dalam pelaksanaan tugasnya.

d. Perlunya Dukungan Fasilitas Berbasis Teknologi Informasi

Peran perkembangan teknologi dapat memberikan kemudahan koordinasi diantara para pengambil kebijakan selama penangan KKM dan dapat memudahkan pelaksanaan pelayanan publik selama masa KKM. UU Kekarantinaan Kesehatan telah mengatur perihal informasi kekarantinaan kesehatan sebagai upaya pencegahan dan pemberantasan masuk dan/atau keluarnya faktor risiko kesehatan. Dengan demikian, peran teknologi sangat menunjang dalam pelaksanaan kegiatan tersebut agar informasi kekarantinaan kesehatan dapat berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur dalam suatu sistem informasi pelayanan publik.

4. ASPEK PENDANAAN

a. Penggunaan Dana Siap Pakai

Pemerintah Pusat berdasarkan Pasal 52 dan Pasal 55 UU Kekarantinaan Kesehatan dan Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah berdasarkan Pasal 58 UU Kekarantinaan Kesehatan memiliki tanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar bagi orang dan makanan hewan ternak yang berada dalam masa karantina kesehatan. Terjadinya KKM merupakan bagian dari bencana nasional sebagaimana diatur dalam UU Penanggulangan Bencana dimana kondisi kedaruratan karena persebaran *Covid-19* ini dinyatakan sebagai bencana non-alam. Dengan demikian, seharusnya dana siap pakai dapat digunakan ketika Pemerintah Pusat telah menetapkan status KKM, guna membiayai penanganan KKM. Pengaturan dana siap pakai tidak tertera dalam UU Kekarantinaan Kesehatan, sedangkan pengaturan dalam kedua undang-undang tersebut tidak terjembatani dengan baik.

b. Kemampuan Keuangan Pemerintah Daerah dalam Penanganan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat di Daerahnya

Pelaksanaan kekarantinaan kesehatan juga harus mempertimbangkan kemampuan keuangan daerah dan kondisi ekonomi daerah selama terjadinya KKM mengingat bahwa gangguan kesehatan masyarakat berdampak juga pada sektor-sektor ekonomi yang ada di daerah yang merupakan sumber PAD. Meskipun pemerintah melalui Perppu Nomor 1 Tahun 2020 yang telah ditetapkan sebagai undang-undang melalui UU Nomor 2 Tahun 2020 mengatur adanya kebijakan melakukan pergeseran anggaran antarunit organisasi, antar fungsi dan/atau antara program dan melakukan pengutamaan penggunaan alokasi anggaran sesuai kegiatan tertentu (*refocusing*), penyesuaian alokasi dan/atau pemotongan/penundaan penyaluran anggaran transfer ke daerah dan dana desa namun APBN untuk penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan masih dirasa kurang dan ketika APBN dirasa kurang memadai namun APBD juga belum tersedia. Permasalahan nyata yang dialami para pemangku kepentingan adalah tidak kunjung diterimanya anggaran operasional di pemerintahan daerah tertentu dan tidak jelasnya porsi pendanaan dan kewajiban daerah dianggap menyebabkan pelaksanaan kekarantinaan Kesehatan kurang optimal.

c. Ketidakjelasan Peran serta Masyarakat dalam Pendanaan Kekarantinaan Kesehatan

Peran serta pendanaan dalam UU Kekarantinaan Kesehatan hanya berasal dari APBN, APBD, dan/atau masyarakat, sedangkan dalam UU Kesehatan diatur peran serta pihak swasta dalam sumber pembiayaan kesehatan. Terlebih UU Kekarantinaan Kesehatan belum menerbitkan peraturan teknis perihal sumber pendanaan kekarantinaan

kesehatan. Dengan demikian, diperlukan kejelasan perihal peran serta pihak swasta dalam pendanaan penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan.

5. ASPEK BUDAYA HUKUM

a. Pemahaman terhadap Pengaturan dalam UU Keekarantinaan Kesehatan dan Partisipasi Masyarakat

Masih banyak anggota masyarakat dan perangkat pemerintahan yang tidak mengetahui dan tidak memahami ketentuan yang diatur dalam UU Keekarantinaan Kesehatan, menjadi salah satu kendala penerapan UU Keekarantinaan Kesehatan. Adanya teori fiksi hukum ternyata tidak serta merta menjadikan setiap orang langsung mengetahui dan memahami suatu produk hukum, sehingga sosialisasi dan edukasi terhadap masyarakat harus selalu dilakukan. Hal ini berdampak pada cara pandang masyarakat terhadap wabah/ancaman kesehatan masyarakat berdampak pada tingkat kewaspadaan dan kedisiplinan masyarakat terhadap kedaruratan kesehatan yang tengah terjadi. Terhadap reaksi masyarakat atas sosialisasi yang sering dilakukan oleh Pemerintah, hal ini berkaitan dengan teori *behaviour change* yang dikemukakan oleh Lawrence Green dan Ajzen yang menyatakan kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non – behavior causes*).

b. Ketidakkonsistenan Penegakan Hukum selama Kedaruratan Kesehatan Masyarakat

Ketidaktegasan aparat penegak hukum dalam menerapkan sanksi sebagaimana diatur dalam Pasal 93 UU Keekarantinaan Kesehatan serta adanya kebijakan peneanaan sanksi pelanggaran protokol kesehatan yang berbeda yang diterapkan di tiap-tiap daerah mengakibatkan adanya ketidakpercayaan publik terhadap hukum dan kebijakan pemerintah dan pemerintah daerah. Selain itu, kepastian yang terkandung dalam produk hukum yang ada menjadi hilang. Adanya kearifan dan keberagaman budaya dan masyarakat Indonesia menimbulkan kebingungan dalam penegakan hukum dengan adanya hukum adat yang diterapkan dalam masyarakat dan dinilai efektif mendisiplinkan masyarakat dalam KKM. Hal ini dapat dijadikan masukan untuk mengevaluasi pengaturan dalam UU Keekarantinaan Kesehatan, khususnya dalam peneanaan sanksi bagi masyarakat yang melanggar hukum dalam pelaksanaan keekarantinaan Kesehatan.

C. KESIMPULAN

1. Pengaturan dalam Pasal 1 angka 1, Pasal 1 angka 2, Pasal 1 angka 6, Pasal 1 angka 7, Pasal 1 angka 29, Pasal 2, Pasal 4, Pasal 5, Pasal 6, Pasal 11, Pasal 12, Pasal 13, Pasal 73, dan Pasal 85 huruf o UU Kejarantinaan Kesehatan perlu dilakukan perubahan dengan menyesuaikan dengan IHR 2005 maupun mengakomodir masukan dari stakeholder agar pelaksanaan kejarantinaan kesehatan lebih optimal dalam rangka mencapai tujuannya untuk melindungi kesehatan masyarakat.
2. UU Kejarantinaan Kesehatan perlu ditambah dengan adanya pengaturan mengenai sanksi dalam informasi kejarantinaan kesehatan dan mensinkronkan pengaturan tersebut dengan ketentuan dalam UU ITE dan penambahan pengaturan mengenai kewajiban partisipasi masyarakat dalam kejarantinaan kesehatan yang tidak hanya dalam pendanaan kejarantinaan kesehatan sehingga masyarakat dapat terlibat secara luas dalam kejarantinaan kesehatan sebagai optimalisasi asas keterpaduan yang merupakan salah satu asas pelaksanaan kejarantinaan kesehatan.
3. Pengaturan dalam UU Kejarantinaan Kesehatan juga perlu dilakukan restrukturisasi karena pengaturan yang ada sekarang dinilai belum cukup sistematis dan menggambarkan suatu mekanisme penanganan terpadu yang berpotensi menimbulkan kendala dan kesulitan dalam pencapaian tujuan UU Kejarantinaan Kesehatan. Selain itu, pengaturan dalam UU Kejarantinaan Kesehatan perlu diharmonisasikan dengan pengaturan dalam UU Penanggulangan Bencana dan UU Karantina Hewan, Ikan dan Tumbuhan serta PP Penanggulangan Wabah Penyakit Menular dan Permenhub No. 61 Tahun 2015 agar pelaksanaannya dapat berjalan secara optimal dan memberikan kepastian hukum.
4. Komitmen pemangku kepentingan UU Kejarantinaan Kesehatan perlu ditingkatkan agar pelaksanaan UU Kejarantinaan Kesehatan menjadi efektif dengan melakukan perbaikan koordinasi pemerintah pusat dan pemerintah daerah, memperjelas pembagian kewenangan pengawasan pelaksanaan kejarantinaan kesehatan, mengefektifkan pelaksanaan kejarantinaan kesehatan di perbatasan/pintu masuk, meningkatkan jumlah pejabat karantina kesehatan dan meningkatkan pembinaan kompetensi pejabat tersebut, melakukan penguatan perekonomian masyarakat dalam kedaruratan kesehatan masyarakat dan menerbitkan peraturan pelaksana UU Kejarantinaan Kesehatan dengan segera mengingat UU Kejarantinaan Kesehatan sendiri mengatur batas waktu 3 (tiga) tahun sejak diberlakukannya UU Kejarantinaan Kesehatan.
5. Dukungan sarana dan prasarana kejarantinaan kesehatan perlu ditingkatkan dengan pemenuhan sumber daya kejarantinaan kesehatan disekitar masyarakat maupun di perbatasan, baik berupa laboratorium, APD, asrama kesehatan maupun national guidelines bagi tenaga kesehatan yang menangani pasien penderita gangguan kesehatan akibat penyakit yang ditetapkan sebagai penyebab kedaruratan kesehatan dalam masyarakat. Dukungan fasilitas berbasis teknologi

informasi juga sangat diperlukan untuk menjangkau masyarakat luas dan menyajikan informasi kekarantinaan Kesehatan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur dalam suatu sistem informasi pelayanan publik.

6. Dukungan pendanaan diperlukan dalam pelaksanaan kekarantinaan Kesehatan sehingga perlu adanya pengaturan yang menghubungkan pengaturan dalam UU Keekarantinaan Kesehatan dengan UU Penanggulangan Bencana sehingga Dana Siap Pakai dalam penanggulangan bencana dapat diakses dalam rangka menangani KKM. Pelaksanaan kekarantinaan kesehatan juga harus mempertimbangkan kemampuan keuangan daerah dan kondisi ekonomi daerah selama terjadinya KKM mengingat bahwa gangguan kesehatan masyarakat berdampak juga pada sektor-sektor ekonomi yang ada di daerah yang merupakan sumber PAD. Selain itu, peran masyarakat dalam pendanaan kekarantinaan kesehatan perlu diatur dengan jelas.
7. Terkait budaya hukum, dalam kekarantinaan kesehatan, kesadaran masyarakat untuk dapat berpartisipasi secara maksimal dibentuk dengan adanya pemahaman terhadap pengaturan dalam UU Keekarantinaan Kesehatan dan konsistensi penegakan hukum kekarantinaan kesehatan oleh aparat penegak hukum karena hal ini berpengaruh terhadap cara pandangan masyarakat yang berdampak pada kesadaran dan kedisiplinan masyarakat dalam melaksanakan peraturan dalam kedaruratan kesehatan masyarakat.

D. REKOMENDASI

1. ASPEK SUBSTANSI HUKUM

- a. Perlu penambahan pengaturan perihal perbedaan definisi dari frasa “mencegah dan menangkal” dalam definisi kekarantinaan kesehatan yang diatur oleh Pasal 1 angka 1 UU Keekarantinaan Kesehatan;
- b. Perlu penambahan perihal aspek sosial dan ekonomi dalam definisi kekarantinaan kesehatan yang terdapat dalam Pasal 1 angka 1 dan Pasal 1 angka 2 UU Keekarantinaan Kesehatan;
- c. Perlu diaturnya perihal indikator-indikator bagi Pemerintah Pusat dalam menetapkan status KKM;
- d. Perlu penyesuaian definisi karantina dalam Pasal 1 angka 6 UU Keekarantinaan Kesehatan dengan definisi karantina dalam IHR 2005 mengenai karantina yang dilakukan pada orang yang terduga terpapar penyakit menular;
- e. Perlu penyesuaian definisi isolasi dalam Pasal 1 angka 7 UU Keekarantinaan Kesehatan dengan definisi isolasi dalam IHR 2005 mengenai isolasi terhadap barang yang terkontaminasi dan mengenai pemisahan orang sakit dari orang sehat yang dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan;

- f. Terkait asas Keekarantinaan Kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 2 UU Keekarantinaan Kesehatan perlu dilakukan perubahan dengan menambahkan asas ketahanan ekonomi dan asas partisipasi masyarakat, serta menselaraskannya dengan ketentuan yang diatur dalam UU Penanggulangan Bencana;
- g. Diperlukan adanya penambahan pengaturan berupa penjelasan mengenai pembagian kewenangan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam Pasal 4, Pasal 5 dan Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan;
- h. Terhadap frasa-frasa "... dunia internasional." pada Pasal 11 ayat (2), frasa "... pihak internasional..." pada Pasal 12, dan frasa "...organisasi internasional." pada Pasal 13 ayat (1) UU Keekarantinaan Kesehatan diperlukan ketentuan penjelasan yang mengatur lebih lanjut terkait frasa tersebut;
- i. Diperlukan penjelasan perihal kedudukan Pejabat Karantina Kesehatan berikut kriteria dan kualifikasi kompetensinya. Selain itu juga diperlukan pengaturan mengenai keterlibatan pejabat-pejabat yang bukan merupakan Pejabat Karantina Kesehatan;
- j. Diperlukan adanya penambahan materi muatan yang berisi penjelasan perihal maksud dari frasa "tindakan lain menurut hukum" dalam penjelasan Pasal 85 huruf o UU Keekarantinaan Kesehatan;
- k. Diperlukan penormaan perihal sanksi pelanggaran dalam informasi keekarantinaan kesehatan;
- l. Diperlukan penormaan perihal kewajiban ikut serta masyarakat dalam keekarantinaan kesehatan;
- m. Diperlukan restrukturisasi rumusan ketentuan-ketentuan dalam UU Keekarantinaan Kesehatan berupa penyiapan, pelaksanaan, dan pemulihan dalam keekarantinaan kesehatan; dan
- n. Berkaitan dengan pengaturan penyelenggaraan keekarantinaan kesehatan yang diatur dalam UU Keekarantinaan Kesehatan dengan undang-undang terkait lainnya, perlu dilakukan sinkronisasi dan harmonisasi.

2. ASPEK STRUKTUR HUKUM/KELEMBAGAAN

- a. Diperlukan penguatan koordinasi yang sinergis antar pemangku kepentingan dalam UU Keekarantinaan Kesehatan;
- b. Peraturan pelaksanaan UU Keekarantinaan Kesehatan harus segera diterbitkan;
- c. Perlu ditambahkan substansi norma yang mengatur mengenai validitas data, keterbukaan data serta sanksi administratif dan/atau pidana bagi pihak-pihak yang mengintervensi atau tidak jujur dalam hal penyampaian data dan informasi penyelenggaraan keekarantinaan kesehatan;

- d. Perlu adanya penambahan SDM yang berkompeten dalam berbagai macam bidang untuk ditempatkan di daerah perbatasan Negara dan diterbitkannya pengaturan lebih lanjut berupa peraturan pelaksana guna mengatur pembatasan kegiatan di daerah perbatasan yang berlaku dalam berbagai keadaan;
- e. Upaya pemenuhan SDM Pejabat Karantina Kesehatan;
- f. Perlu adanya pengaturan terkait anggaran penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan yang lebih rigid terkait besaran yang harus dialokasikan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah daerah; dan
- g. Segera diterbitkannya peraturan pelaksanaan UU Kejarantinaan Kesehatan oleh Pemerintah.

3. ASPEK SARANA DAN PRASARANA

- a. Optimalisasi ketersediaan sumber daya dan fasilitas kejarantinaan kesehatan; dan
- b. Pembuatan pedoman nasional (*national guidelines*) dalam penanganan pasien oleh rumah sakit di masa KKM.

4. ASPEK PENDANAAN

- a. Kemudahan dalam penggunaan dana siap pakai dalam penanganan kondisi KKM.
- b. Kejelasan proporsi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam pendanaan kejarantinaan kesehatan; dan
- c. Optimalisasi peran serta masyarakat termasuk pihak swasta dalam pendanaan kejarantinaan kesehatan.

5. ASPEK BUDAYA HUKUM

- a. Perlu dilakukan lebih banyak edukasi dan sosialisasi perihal kejarantinaan kesehatan kepada masyarakat dan optimalisasi peran serta masyarakat dalam pelaksanaan kejarantinaan kesehatan; dan
- b. Konsistensi penegakan hukum kejarantinaan kesehatan khususnya dalam kedaruratan kesehatan masyarakat.