



KAJIAN AKADEMIK

PELAKSANAAN UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009

TENTANG KESEHATAN

I. PENDAHULUAN

1. Tujuan nasional yang diamanatkan dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Tahun 1945 (UUD Tahun 1945) adalah 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. Untuk mewujudkan tujuan nasional diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan.
2. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan UUD Tahun 1945. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) merupakan kebijakan umum penyelenggaraan upaya peningkatan kesehatan agar dapat dilaksanakan oleh semua pihak dan sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dengan berkembang pesatnya ilmu kesehatan beserta teknologi pendukungnya.
4. Permasalahan kesehatan mencakup bidang yang sangat luas dan multisektor, oleh karena itu, dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional 2019 (Rakerkesnas 2019) di Jakarta telah ditetapkan beberapa isu utama kesehatan yang harus diprioritaskan

- yaitu: 1. Angka Kematian Ibu/AKI- Angka Kematian Neonatal/AKN, 2. Penyakit Tidak Menular (PTM), 3. Stunting, 4. Imunisasi, 5. Tuberkulosis (TB), 6. Digital health/e-health, 7. Kesiapan menghadapi bencana (pra dan pasca), 8. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) dan obat, 9. Jaminan Kesehatan Nasional/JKN (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut/FKRTL), dan 10. Community engagement.
5. Di luar isu utama yang telah ditetapkan dalam Rakerkesnas 2019, perkembangan ilmu kesehatan dunia yang sangat pesat juga tidak sepenuhnya dapat diterapkan di Indonesia dengan mempertimbangkan berbagai norma-norma yang hidup dan berkembang di masyarakat Indonesia. Selain itu, urusan kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat sehingga perlu memperhatikan lebih lanjut pembagian urusan kesehatan dalam konsep otonomi daerah yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah Sebagaimana Telah Beberapa Kali Diubah Terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 (UU Pemda) yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada pemerintah daerah masing-masing yang diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek kesehatan.
 6. Salah satu fungsi konstitusional Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR RI) berdasarkan Pasal 20A ayat (1) UUD Tahun 1945 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 2 Tahun 2018 (UU MD3), dan Pasal 4 ayat (1) jo. Pasal 5 ayat (3) Peraturan Tata Tertib DPR RI Nomor 1 Tahun 2014 sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Tata Tertib DPR RI Nomor 3 Tahun 2016 (Tata Tertib DPR RI) yang menyatakan bahwa salah satu fungsi pengawasan DPR RI dilaksanakan melalui pengawasan atas pelaksanaan undang-undang.
 7. Dalam Program Legislasi Nasional (Prolegnas) Tahun 2015-2019, UU Kesehatan memang tidak termasuk dalam daftar undang-undang yang akan dilakukan perubahan, namun demikian terdapat beberapa Rancangan Undang-Undang yang masuk dalam daftar Prolegnas Tahun 2015-2019 yang berkaitan langsung dengan

kesehatan yaitu RUU tentang Pembinaan, Pengembangan dan Pengawasan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga, RUU tentang Kekarantinaan Kesehatan, dan RUU tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Oleh karena itu dalam rangka mendukung fungsi pengawasan DPR RI tersebut, Pusat Pemantauan Pelaksanaan Undang-Undang Badan Keahlian DPR RI sebagai bagian dari sistem pendukung (supporting system) DPR RI telah melaksanakan kegiatan pengumpulan data dan informasi pelaksanaan UU Kesehatan ke tiga provinsi yaitu Provinsi Aceh, Provinsi Sumatera Utara dan Provinsi Kalimantan Barat yang dilaksanakan oleh Tim Pemantau yang terdiri atas Pejabat, Analis Hukum, dan Staf di Pusat Pemantauan Pelaksanaan Undang-Undang Badan Keahlian DPR RI dan Perancang Peraturan Perundang-undangan.

8. Terhadap beberapa permasalahan tersebut, Pusat Pemantauan Pelaksanaan Undang–Undang Badan Keahlian DPR RI memberikan perhatian yang serius dalam melihat penerapan dan efektifitas UU Kesehatan dan mengetahui gambaran umum serta pengembangan yang terjadi dalam masyarakat, serta mendapatkan masukan perbaikan dari para pihak pemangku kepentingan dalam rangka memecahkan permasalahan sebagai upaya penguatan regulasi dan meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Indonesia.
9. Metode pemantauan pelaksanaan UU 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).
10. Hasil pemantauan pelaksanaan UU Kesehatan diurai dengan analisis deskriptif kualitatif yang didukung berbagai data dan informasi, baik data primer maupun data sekunder yang dihimpun dalam data kuantitatif dan data kualitatif. Selanjutnya memakai pendekatan sosiologis untuk mengkaji dan membahas permasalahan-permasalahan yang diperoleh sesuai dengan fakta yang ada di daerah yang kemudian dikaitkan dengan norma-norma hukum yang berlaku dan teori-teori

hukum yang ada. Dalam proses pengumpulan data dan informasi akan dilakukan pendalaman melalui dengar pendapat (*Public Hearing*) dan diskusi kelompok terarah (*Focus Group Discussion/FGD*) dengan mengundang kementerian/lembaga yang terkait, akademisi, lembaga swadaya masyarakat, dan memantau ke Pemerintah Provinsi Sumatera Utara, Pemerintah Provinsi Aceh dan Pemerintah Provinsi Kalimantan Barat. Data dan informasi yang diperoleh dari hasil FGD maupun dari pemerintah provinsi sebagaimana tersebut diatas, selanjutnya akan dilakukan kajian, analisis dan evaluasi untuk memberikan masukan kepada Dewan dalam menjalankan fungsi legislasi dan fungsi pengawasan.

II. HASIL PEMANTAUAN

1. UMUM

- 1) Dalam kurun waktu 10 tahun (tahun 2009 s.d 2019) berlakunya UU Kesehatan, terdapat beberapa undang-undang yang secara substansial berkaitan erat dengan pengaturan kesehatan di Indonesia. Undang-undang tersebut, diantaranya:
 - a) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana;
 - b) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
 - c) Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika;
 - d) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
 - e) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
 - f) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 - g) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
 - h) Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga;
 - i) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial;
 - j) Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran;
 - k) Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
 - l) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
 - m) Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2014 tentang Jaminan Produk Halal;
 - n) Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
 - o) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

- p) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas;
- q) Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2018 tentang Kepalangmerahan; dan
- r) Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan.

2. ASPEK SUBSTANSI HUKUM

a. Definisi Sediaan Farmasi

Pasal 1 angka 4 UU Kesehatan mengatur bahwa “*sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.*” Definisi sediaan farmasi dalam UU Kesehatan tersebut masih terbatas dan perlu dilakukan penyesuaian dengan perkembangan farmasi pada saat ini karena belum mencakup definisi suplemen kesehatan dan obat kuasi sesuai dengan perkembangan farmasi pada saat ini. Sehingga terhadap ketentuan tersebut, terdapat rekomendasi agar definisi sediaan farmasi diatur secara terbuka mengikuti perkembangan dengan penambahan ketentuan seperti “*sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika atau barang/senyawa/produk lain sejenis yang ditetapkan badan termasuk dalam kategori kelompok tersebut.*”

b. Definisi Obat Tradisional

Pasal 1 angka 9 UU Kesehatan bahwa “*Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenik), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.*” Saat ini definisi obat tradisional yang ditentukan dalam UU Kesehatan dianggap tidak relevan dengan perkembangan yang ada. Belum lengkapnya ketentuan definisi obat tradisional menyebabkan ketentuan Pasal 1 angka 9 UU Kesehatan tidak dapat dilaksanakan sesuai perkembangan zaman.

c. Tujuan Pembangunan Kesehatan

Tujuan pembangunan kesehatan diatur pada ketentuan Pasal 3 UU Kesehatan yang berketentuan “*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.*” Program pembangunan kesehatan yang mengarah pada tujuan dari pembangunan kesehatan harus sejalan. Implikasi dari

pentingnya frasa kesehatan sebagai **investasi bagi pembangunan sumber daya manusia** sebagaimana diatur Pasal 3 UU Kesehatan tersebut adalah bagaimana mengubah cara pandang pengobatan menjadi pencegahan.

Berdasarkan data yang diperoleh selama pemantauan, Pasal 3 UU Kesehatan belum dapat terimplementasi dengan baik sehingga bertentangan dengan asas pembentukan peraturan perundang-undangan yang baik berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan dan asas manfaat dalam pembangunan kesehatan berdasarkan UU Kesehatan.

d. Tenaga Kesehatan

Pasal 8 UU Kesehatan mengatur mengenai hak setiap orang dalam hal memperoleh informasi terkait data kesehatan dirinya dari tenaga kesehatan, dengan ketentuan selengkapanya sebagai berikut *“Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.”*

Selain ketentuan di atas, dalam Pasal 58 ayat (2) UU Kesehatan, mengatur bahwa:

Pasal 58 ayat (2)

*(1) Tuntutan ganti rugi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) **tidak berlaku** bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat*

Sedangkan dalam Pasal 77 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (UU Tenaga Kesehatan) mengatur bahwa:

Pasal 77

Setiap Penerima Pelayanan Kesehatan yang dirugikan akibat kesalahan atau kelalaian Tenaga Kesehatan dapat meminta ganti rugi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Terdapat potensi disharmoni dari kedua pengaturan tersebut. Hal ini dikarenakan dalam Pasal 8 UU Kesehatan jelas mengatur mengenai hak setiap orang dalam hal memperoleh informasi terkait data kesehatan dirinya dari tenaga kesehatan, sedangkan dalam Pasal 58 UU Tenaga Kesehatan tidak mencantumkan adanya kewajiban bagi tenaga kesehatan untuk memberikan

informasi terkait data kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan. Dalam ketentuan tersebut di atas, juga ditemukan potensi disharmoni dalam pengaturannya khususnya perihal tuntutan ganti rugi bagi tenaga kesehatan. Pasal 58 UU Kesehatan secara tegas mengatur pengecualian dimana tuntutan ganti rugi tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan dalam keadaan darurat. Namun Pasal 77 UU Tenaga Kesehatan tidak merinci lebih jauh dan jelas apakah semua kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan dapat dimintakan ganti rugi.

Dengan adanya Putusan Mahkamah Konstitusi tersebut, memberikan arti bahwa dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang merupakan tenaga medis tidak termasuk dalam cakupan tenaga kesehatan dalam UU Tenaga Kesehatan. Dengan ketentuan tersebut, maka terdapat potensi disharmoni dengan UU Tenaga Kesehatan dikarenakan dalam UU Kesehatan hanya mengatur mengenai tenaga kesehatan dan tidak mengatur nomenklatur tenaga medis. Menurut Politeknik Kesehatan Kemenkes Pontianak, implikasi dari putusan MK terkait tenaga medis tersebut berdampak menghambat semangat pembangunan kesehatan dalam UU Kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sehingga dipandang perlu dalam UU Kesehatan untuk menyesuaikan dengan putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 dengan mengatur mengenai tenaga medis dalam UU Kesehatan.

e. Desentralisasi Urusan Kesehatan

Dalam ketentuan Pasal 9 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (UU Pemda) mengatur bahwa urusan pemerintahan terdiri atas urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren, dan urusan pemerintahan Umum. Urusan Pemerintahan konkuren ini merupakan urusan pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah pusat dan daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota. Urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan daerah terdiri atas urusan pemerintahan wajib dan urusan pemerintahan pilihan.

Dalam Pasal 12 ayat (1) UU Pemda, kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar, yang ketentuan selengkapnya diuraikan sebagai berikut *“Urusan Pemerintahan*

Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) meliputi:

- a. Pendidikan;*
- b. Kesehatan;*
- c. ...*

Sedangkan dalam UU Kesehatan khususnya pada ketentuan Pasal 14 sampai Pasal 20 Bab IV, diatur mengenai tanggung jawab Pemerintah. Terdapat potensi disharmoni antara Pasal 12 ayat (1) UU Pemda dengan Ketentuan Pasal 14, Pasal 15, Pasal 16, Pasal 17, Pasal 18, Pasal 19, dan Pasal 20 yang diatur dalam Bab IV UU Kesehatan perihal tanggung jawab pemerintah daerah dalam urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Sebagaimana ketentuan Pasal 12 UU Pemda tersebut, bidang kesehatan tidak hanya menjadi kewenangan pemerintah pusat tetapi juga menjadi kewenangan pemerintah daerah. Namun, dalam UU Kesehatan hanya mengatur mengenai tanggung jawab pemerintah (dalam hal ini adalah Pemerintah Pusat), sementara tidak terdapat klausul ketentuan yang memberikan kewajiban kepada pemerintah daerah. Sehingga, dengan adanya ketentuan dalam UU Pemda maka seharusnya UU Kesehatan menyesuaikan dan perlu adanya klausul ketentuan yang memberikan kewajiban kepada pemerintah daerah dalam UU Kesehatan.

f. Pelindungan Hukum bagi Tenaga Kesehatan

Pasal 27 ayat (1) UU Kesehatan mengatur bahwa *“Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan pelindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.”* Ketentuan mengenai hak khususnya mengenai pelindungan hukum bagi tenaga kesehatan ini sebagaimana ketentuan Pasal 27 ayat (3) UU Kesehatan diatur dalam peraturan pemerintah. Namun, peraturan pemerintah sebagaimana amanat dalam Pasal 27 ayat (3) UU Kesehatan ini belum diterbitkan. Dengan belum diterbitkannya peraturan pemerintah yang mengatur mengenai hak pelindungan hukum bagi tenaga kesehatan ini, menurut IDI dalam praktiknya seringkali tenaga kesehatan dikriminalisasikan dengan tuduhan malpraktik.

g. Kompetensi Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 33 dan Pasal 34 ayat (1) UU Kesehatan mengatur mengenai keharusan bagi setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan baik perseorangan maupun masyarakat untuk memiliki kompetensi manajemen

kesehatan masyarakat. Permenkes Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan Pasal 1 angka 13 mengatur bahwa *“Kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan adalah kemampuan dan keahlian yang didapatkan melalui Pendidikan Sarjana Strata 2 (dua) di bidang perumahsakitan.”* Kemudian, Pasal 10 ayat (1) mengatur bahwa *“Direktur Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan.”*

Berdasarkan uraian di atas, terdapat potensi disharmoni antara ketentuan UU Kesehatan khususnya pada Pasal 33 dan Pasal 34 ayat (1) dengan Pasal 34 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (UU Rumah Sakit) dan Pasal 10 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/MENKES/PER/XI/2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan (Permenkes Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan). Hal ini dikarenakan tidak ada penjelasan lebih lanjut mengenai frasa “fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat” dan frasa “kompetensi manajemen kesehatan masyarakat” sebagaimana diatur dalam Pasal 33 UU Kesehatan dan frasa “fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan” dan “kompetensi manajemen kesehatan perseorangan” sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) UU Kesehatan. Hal ini yang kemudian menyebabkan multitafsir pemahaman maksud dari ketentuan Pasal 33 dan Pasal 34 ayat (1) UU Kesehatan.

h. Perizinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 35 ayat (1) UU Kesehatan mengatur mengenai kewenangan Pemerintah Daerah dalam hal salah satunya terkait pemberian izin fasilitas pelayanan kesehatan yang beroperasi di daerahnya, dengan ketentuan selengkapny sebagai berikut *”Pemerintah daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasi di daerahnya.* Sedangkan dalam Pasal 19 Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik (PP OSS) memberikan ketentuan sebagai berikut:

Pasal 19

- (1) Pelaksanaan kewenangan penerbitan Perizinan Berusaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 termasuk penerbitan dokumen lain yang berkaitan dengan Perizinan Berusaha **wajib dilakukan melalui Lembaga OSS.**

(2) *Lembaga OSS berdasarkan ketentuan dalam Peraturan Pemerintah ini untuk dan atas nama Menteri, pimpinan Lembaga, gubernur, atau bupati/walikota menerbitkan Perizinan Berusaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1).*

Ketentuan mengenai perizinan dalam PP OSS dimaksudkan dalam rangka percepatan dan peningkatan penanaman modal dan berusaha, sehingga penataan sistem pelayanan dilakukan khususnya dalam hal pelayanan perizinan yang dilakukan melalui Pelayanan Terpadu Satu Pintu (PTSP). Akan tetapi ketentuan dalam Pasal 19 PP OSS ini berpotensi disharmoni dengan ketentuan Pasal 35 UU Kesehatan. Hal ini dikarenakan UU Kesehatan secara tegas memberikan kewenangan bagi Pemerintah Daerah dalam hal pemberian izin fasilitas pelayanan kesehatan yang beroperasi di daerahnya, namun dengan adanya ketentuan Pasal 19 PP OSS memungkinkan adanya penerbitan Perizinan yang dilakukan melalui Lembaga OSS karena terdapat adanya frasa “wajib” dalam ketentuan Pasal 19 PP OSS. Ketidaksesuaian antara PP OSS dan UU Kesehatan selain menimbulkan potensi disharmoni, dalam pelaksanaannya pun berpotensi menimbulkan tumpang tindih kewenangan dalam pelaksanaannya. Potensi tumpang tindih kewenangan tersebut terlihat dari kewenangan yang melekat pada Lembaga OSS sebagaimana amanat dalam PP OSS akan berdampak pada kewenangan Pemerintah Daerah dalam pemberian izin fasilitas pelayanan kesehatan di daerahnya

i. Upaya Kesehatan Promotif dan Preventif

Salah satu cara mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan adalah melakukan berbagai upaya kesehatan sebagaimana diatur Pasal 46 yang berketentuan “*Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat.*” Kemudian, Pasal 47 yang berketentuan “*Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.*” Upaya kesehatan promotif dan preventif beberapa di antaranya dapat dilaksanakan melalui beberapa kegiatan yang diatur pada Pasal 48 ayat (1).

Secara substansi UU Kesehatan telah mengatur upaya dan bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan empat pendekatan, yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Hal tersebut tentu dilakukan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan sebagaimana tertuang dalam Penjelasan UU Kesehatan. Namun pada praktik di lapangan, masih terjadi beberapa permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh kurang optimalnya upaya kesehatan promotif dan preventif.

Pengaturan keempat pendekatan upaya kesehatan masih tersebar di beberapa pasal yang kesemuanya menyandingkan sejajar keempat upaya tersebut. Perlu dipertimbangkan untuk dipertegas pengaturan mengenai upaya kesehatan promotif dan preventif dalam bab tersendiri agar arah pembangunan kesehatan sebagaimana tertuang dalam Penjelasan UU Kesehatan dapat tercapai. Dengan mengaturnya melalui bab upaya kesehatan promotif dan preventif tersendiri, diharapkan arah tujuan pembangunan kesehatan akan semakin terfokus pada kedua upaya tersebut yang disertai dengan pembagian wewenang yang tegas.

j. Transplantasi Organ

Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan diselenggarakan untuk mengembalikan status kesehatan, mengembalikan fungsi tubuh akibat penyakit dan/atau akibat cacat, atau menghilangkan cacat. Dalam Pasal 64 UU Kesehatan disebutkan bahwa penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dapat dilakukan melalui salah satunya adalah transplantasi organ. Dalam Pasal 65 ayat (3) UU Kesehatan mengatur bahwa ketentuan mengenai syarat dan tata cara penyelenggaraan transplantasi organ diatur dengan peraturan pemerintah. Terkait dengan ketentuan tersebut, terdapat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 38 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Transplantasi Organ (Permenkes Penyelenggaraan Transplantasi Organ) yang dalam konsiderans mengingat nya mencantumkan UU Kesehatan. Sehingga terhadap hal tersebut terdapat ketidaksinkronan amanat peraturan pelaksanaan. Hal ini dikarenakan Pasal 65 UU Kesehatan mengatur secara tegas bahwa terkait syarat dan tata cara penyelenggaraan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh diatur dengan peraturan pemerintah, akan tetapi yang diatur lebih lanjut dalam UU Kesehatan tersebut adalah Permenkes Transplantasi Organ.

k. Frasa ***“menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis”***

Pasal 72 huruf c mengatur ketentuan berikut: *“Setiap orang berhak menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.”*

Pasal 1 angka 8 Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Penduduk dan Pembangunan Keluarga (UU PPPK) mengatur ketentuan sebagai berikut: *“Keluarga Berencana adalah upaya **mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan,** melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.”*

Berdasarkan ketentuan pada kedua Pasal di atas, terdapat potensi disharmoni antara Pasal 72 huruf c UU Kesehatan dengan Pasal 1 angka 8 UU PPPK. Permasalahan pada ketentuan Pasal 72 huruf c UU Kesehatan adalah tidak jelasnya maksud rumusan frasa *“bereproduksi sehat secara medis.”* Tidak ada penjelasan pada Pasal 72 huruf c secara langsung melalui UU. Selain itu, Pasal 72 huruf c telah menjamin hak seseorang untuk ***menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis***, namun jika diperhatikan Pasal 1 angka (8) UU PPPK, terdapat ***upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, dan mengatur kehamilan.*** Upaya tersebut dilakukan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Namun, agar pengaturan kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan serta mengatur kehamilan tidak kontradiktif dengan pengaturan adanya hak seseorang untuk ***menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis***, maka perlu diatur Penjelasan lebih rinci mengenai bereproduksi sehat secara medis tersebut.

l. **Ketentuan Aborsi**

Ketentuan mengenai aborsi diatur melalui Pasal 75 UU Kesehatan sebagai berikut:

- (1) *Setiap orang dilarang melakukan aborsi.*
- (2) *Larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikecualikan berdasarkan:*
 - b. *kehamilan akibat perkosaan yang **dapat** menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.*

Berdasarkan ketentuan Pasal 75 ayat (2) huruf b UU Kesehatan, larangan aborsi bagi kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan seolah menjadikan syarat trauma psikologis sebagai alternatif. Ikatan Dokter Indonesia memberikan rekomendasi untuk menghapus kata “dapat”. Hal ini dilakukan untuk menjawab persoalan banyaknya tindakan aborsi yang mengatasnamakan perkosaan namun tidak terbukti hal tersebut adalah perkosaan yang sesungguhnya menyebabkan trauma psikologis.

Mengenai waktu pelaksanaan aborsi juga diatur melalui Pasal 76 yang berketentuan sebagai berikut ***“Aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 hanya dapat dilakukan sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis.”*** Pasal 31 ayat (2) PP Kesehatan Reproduksi mengatur bahwa ***“Tindakan aborsi akibat perkosaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b hanya dapat dilakukan apabila usia kehamilan paling lama berusia 40 (empat puluh) hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir.”***

Potensi disharmoni juga mungkin terjadi akibat adanya perbedaan umur kehamilan yang dapat dilakukan aborsi akibat perkosaan, dimana Pasal 76 huruf a UU Kesehatan menetapkan umur kehamilan sebelum 6 (enam) minggu dan Pasal 31 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (PP Kesehatan Reproduksi) menetapkan umur kehamilan paling lama 40 (empat puluh) hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir. Perbedaan kedua ketentuan tersebut menyebabkan munculnya bermacam interpretasi pada pelaksanaannya.

Selain itu, ketentuan mengenai Pasal 76 UU Kesehatan dan Pasal 31 ayat (2) PP Kesehatan Reproduksi oleh sebagian tenaga medis dan advokat dianggap sulit dilaksanakan.

m. Pelayanan Darah

Ketentuan Pasal 87 ayat (1) dan (2) UU Kesehatan yang mengatur pelayanan darah berpotensi disharmoni dan inkonsistensi dengan Pasal 22 huruf b Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2018 tentang Kepalangmerahaan (UU Kepalangmerahan). Dalam Pasal 87 UU Kesehatan disebutkan bahwa :

- (1) *Penyelenggaraan donor darah dan pengolahan darah dilakukan oleh Unit Transfusi Darah.*

- (2) *Unit Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau organisasi sosial yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan.*

Sedangkan dalam Pasal 22 huruf b UU Kepalangmerahan beserta Penjelasannya disebutkan bahwa:

Pasal 22 huruf b

Memberikan pelayanan darah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penjelasan Pasal 22 huruf b

Dalam ketentuan ini pelayanan darah yang dilakukan oleh PMI melalui Unit Donor Darah (UDD) PMI

Ketentuan Pasal 87 ayat (1) dan (2) UU Kesehatan tersebut terdapat inkonsisten nomenklatur dimana unit yang melakukan pelayanan darah disebut dengan Unit Donor Darah dalam UU Kepalangmerahan sedangkan UU Kesehatan menyebutnya dengan Unit Transfusi Darah yang melakukan penyelenggaraan donor darah dan pengolahan darah. Hal ini menyebabkan permasalahan implementasi pelayanan darah di lapangan.

n. Unit Transfusi Darah (UTD)

Pasal 87 ayat (2) UU Kesehatan mengatur bahwa “Unit Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, **dan/atau** organisasi sosial yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan.” Pasal 34 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah (PP Pelayanan Darah) mengatur ketentuan bahwa “UTD dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, **atau** organisasi sosial yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan.”

Berdasarkan ketentuan tersebut, terdapat inkonsistensi pada frasa “dan/atau” dalam Pasal 87 UU Kesehatan dengan Pasal 34 PP Pelayanan Darah. Pasal 34 ayat (1) mengatur bahwa UTD dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, atau organisasi sosial yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan. Pengaturan pada PP Pelayanan Darah hanya

menggunakan frasa “atau.” Rumusan kedua pasal tersebut secara implementasi dapat mengakibatkan kerancuan dalam pendirian UTD, yang akan berefek pada ketidakpastian hak dan tanggung jawab penyelenggaraan UTD.

o. Sediaan Farmasi, Makanan, dan Minuman

Ketentuan 98 ayat (1) UU Kesehatan mengatur bahwa “*Sediaan farmasi dan alat kesehatan harus aman, berkhasiat/bermanfaat, bermutu, dan terjangkau.*” Pasal 111 ayat (3) mengatur bahwa:

Setiap makanan dan minuman yang dikemas wajib diberi tanda atau label yang berisi:

- a. Nama produk;*
- b. Daftar bahan yang digunakan;*
- c. Berat bersih atau isi bersih;*
- d. Nama dan alamat pihak yang memproduksi atau memasukkan makanan dan minuman ke dalam wilayah Indonesia; dan*
- e. Tanggal, bulan dan tahun kadaluwarsa*

Selanjutnya mencermati Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2014 tentang Jaminan Produk Halal (UU Jaminan Produk Halal) mengatur bahwa: *Produk adalah barang dan/atau jasa yang terkait dengan **makanan, minuman**, obat, kosmetik, produk kimiawi, produk biologi, produk rekayasa genetic, serta barang gunaan yang dipakai, digunakan, atau dimanfaatkan oleh masyarakat. Kemudian, Pasal 4 mengatur bahwa: “Produk yang masuk, beredar, dan diperdagangkan di wilayah Indonesia **wajib bersertifikat halal.**”*

Berdasarkan ketentuan tersebut, terdapat potensi disharmoni antara Pasal 98 ayat (1) dan Pasal 111 ayat (3) UU Kesehatan dengan Pasal 4 UU Jaminan Produk Halal. Hal ini dikarenakan dalam UU Jaminan Produk Halal menyebutkan bahwa makanan, minuman, obat dan kosmetik masuk dalam definisi produk. Selanjutnya berdasarkan ketentuan Pasal 4 UU Jaminan Produk Halal, produk wajib bersertifikat halal. Sehingga UU Kesehatan perlu menyesuaikan dengan UU Jaminan Produk Halal dikarenakan UU Kesehatan belum mengakomodir terkait adanya kewajiban bersertifikat halal khususnya untuk sediaan farmasi, makanan dan minuman.

p. Pengamanan dan Penggunaan Farmasi dan Alat Kesehatan

Pasal 98 ayat (3) UU Kesehatan mengatur bahwa *“Ketentuan mengenai pengadaan, penyimpanan, pengolahan, promosi, pengedaran sediaan farmasi dan alat kesehatan harus memenuhi standar mutu pelayanan farmasi yang ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.”* Berdasarkan UU Kesehatan seharusnya sudah ditetapkan Peraturan Pemerintah tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan sebagai pencabutan terhadap Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan. Belum terbitnya perubahan atas Peraturan Pemerintah tersebut menyebabkan ketentuannya tidak dapat dilaksanakan secara optimal.

q. Penyandang Disabilitas

Ketentuan yang mengatur penyandang disabilitas dalam UU Kesehatan berbeda dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas (UU Penyandang Disabilitas). Pasal 139 UU Kesehatan menjelaskan bahwa:

- (1) *Upaya pemeliharaan kesehatan **penyandang cacat** harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat.*
- (2) *Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi **penyandang cacat** untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.*

Dalam Pasal 1 angka 1 UU Penyandang Disabilitas mengatur bahwa *“**Penyandang Disabilitas** adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.”*

Ketentuan Pasal 139 UU Kesehatan memiliki perbedaan terminologi/istilah penyandang disabilitas dengan Pasal 1 angka 1 UU Penyandang Disabilitas, dimana dalam UU Kesehatan tersebut masih menggunakan istilah penyandang cacat dan bukan penyandang disabilitas sebagaimana diatur dalam UU Penyandang Disabilitas. Hal ini tentu saja akan menimbulkan permasalahan

kedepannya sehingga penyebutan penyandang cacat dalam UU Kesehatan haruslah direvisi menjadi Penyandang Disabilitas.

r. Kesehatan Jiwa

Terkait dengan pengaturan kesehatan jiwa antara Pasal 144 ayat (2) UU Kesehatan dengan Pasal 1 angka 2 dan angka 3 serta Pasal 3 huruf d Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (UU Kesehatan Jiwa) terdapat permasalahan disharmoni. Pasal 144 ayat (2) UU Kesehatan menyatakan bahwa “*Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif **pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial***”. Sedangkan dalam Pasal 1 angka 2 dan angka 3 serta Pasal 3 huruf d UU Kesehatan Jiwa dijelaskan bahwa:

Pasal 1

Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

2. **Orang Dengan Masalah Kejiwaan yang selanjutnya disingkat ODMK** adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa.
3. **Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ** adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Pasal 3 huruf d

Upaya kesehatan jiwa bertujuan:

- d. *memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi **ODMK dan ODGJ***

Ketentuan Pasal 144 ayat (2) UU Kesehatan dengan Pasal 1 angka 2 dan angka 3 serta Pasal 3 huruf UU Kesehatan Jiwa terdapat disharmoni terkait perbedaan terminologi penderita gangguan kesehatan jiwa antara UU Kesehatan

dan UU Kesehatan Jiwa. UU Kesehatan menyebutnya dengan pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial sedangkan UU Kesehatan Jiwa menyebutnya dengan Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Kejiwaan (ODGJ). Perbedaan definisi tersebut tentunya akan berimplikasi pada perbedaan perlakuan dan cara penanganan permasalahan tersebut sebab terdapat perbedaan perspektif dari pemangku kepentingan yaitu pemerintah dalam hal menyikapi permasalahan tersebut. Lebih lanjut, ketentuan dalam UU Kesehatan harus disesuaikan dengan definisi dari UU Kesehatan Jiwa.

s. Pencegahan, Pengendalian, dan Pemberantasan Penyakit Menular yang Berasal dari Wabah

Terdapat irisan antara Pasal 156 UU Kesehatan dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (UU Penanggulangan Bencana). Dalam UU Penanggulangan Bencana disebutkan bahwa salah satu bencana dapat berasal dari kejadian non alam yang salah satunya berupa wabah. Namun dalam UU Penanggulangan Bencana tersebut tidak mengatur secara tegas dan jelas bagaimana penanggulangan bencana yang berasal dari wabah penyakit menular. Lebih lanjut terkait dengan sektor kesehatan saat ini memiliki Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular yang telah masuk dalam prolegnas sehingga urusan wabah dikeluarkan dari pengaturan UU Kesehatan.

t. Kesehatan Lingkungan

Pasal 163 ayat (3) UU Kesehatan mengatur mengenai unsur-unsur yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, yang ketentuan selengkapnya mengatur sebagai berikut:

(3) Lingkungan sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan, antara lain:

- a. Limbah cair;*
- b. Limbah padat;*
- c. Limbah gas;*
- d. Sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan pemerintah;*

- e. *Binatang pembawa penyakit;*
- f. *Zat kimia yang berbahaya;*
- g. *Kebisingan yang melebihi ambang batas;*
- h. *Radiasi sinar pengion dan non pengion;*
- i. *Air yang tercemar;*
- j. *Udara yang tercemar; dan*
- k. *Makanan yang terkontaminasi*

Sedangkan dalam Pasal 39 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (PP Kesehatan Lingkungan), mengatur bahwa:

(1) Unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. *Sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan;*
- b. *Zat kimia yang berbahaya;*
- c. *Gangguan fisika udara;*
- d. *Radiasi pengion dan non pengion; dan*
- e. *Pestisida*

Berdasarkan ketentuan di atas terdapat potensi disharmoni antara pengaturan PP Kesehatan Lingkungan dengan UU Kesehatan. Hal ini dikarenakan UU Kesehatan mengatur secara tegas bahwa limbah baik cair, padat, maupun gas adalah unsur-unsur yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan. Namun dalam PP Kesehatan lingkungan sebagaimana ketentuan dalam Pasal 39 ayat (2) tidak mengatur tentang limbah sebagai salah satu dari unsur yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan. Hal ini tentunya dapat menimbulkan potensi disharmoni dan multitafsir dalam pelaksanaannya mengingat PP Kesehatan lingkungan ini merupakan peraturan pelaksanaan dari Pasal 163 UU Kesehatan.

u. Kesehatan Kerja

Pasal 166 ayat (1) UU Kesehatan menyatakan bahwa “*Majikan atau pengusaha wajib menjamin kesehatan pekerja melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan serta wajib menanggung seluruh biaya pemeliharaan kesehatan pekerja.*” Ketentuan dari Pasal tersebut tidak sesuai dengan ketentuan Pasal 22 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004

tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) yang menyatakan bahwa *“Untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya.”* Selain itu Pasal 166 ayat (1) tersebut juga bertentangan dengan Pasal 27 ayat (1) UU SJSN yang menyatakan *“Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta penerima upah ditentukan berdasarkan persentase dari upah sampai batas tertentu, yang secara bertahap ditanggung bersama oleh pekerja dan pemberi kerja.”*

Potensi disharmoni juga mungkin terjadi akibat pemberlakuan Pasal 166a ayat (2) UU Kesehatan dan Pasal 17 ayat (2) UU SJSN. UU Kesehatan menentukan bahwa majikan/pengusaha yang menanggung biaya atas gangguan kesehatan akibat kerja yang diderita oleh pekerja, dimana biaya tersebut dapat ditafsirkan iuran pekerja sebagai peserta jaminan sosial. Sedangkan dalam Pasal 17 ayat (2) UU SJSN, pekerja juga turut membayar iuran tersebut.

v. Sistem Kesehatan Nasional

Pasal 167 ayat (4) mengamanatkan pengaturan mengenai Sistem Kesehatan Nasional diatur dalam peraturan presiden. Sebagai peraturan pelaksanaan dari Pasal 167 ayat (4) tersebut maka pemerintah telah menerbitkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Perpres SKN). Namun, seharusnya pengaturan mengenai sistem kesehatan nasional diatur dalam peraturan yang lebih yakni undang-undang tentang sistem kesehatan nasional yang menjadi payung hukum dari pengaturan mengenai kesehatan yang berlaku mengingat kesehatan merupakan urusan yang berkaitan dengan banyak sektor dan banyak aturan perundang-undangan.

w. Frasa “Dapat” dalam Hal Pengangkatan Tenaga Pengawas

Pasal 183 UU Kesehatan menyatakan bahwa *“Menteri atau kepala dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 182 dalam melaksanakan tugasnya dapat mengangkat tenaga pengawas dengan tugas pokok untuk melakukan pengawasan terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan.”* Frasa “dapat” dalam Pasal tersebut mengakibatkan belum adanya komitmen dari Menteri atau Kepala Dinas untuk mengangkat tenaga pengawas. Padahal peran tenaga pengawas sangat penting dalam hal melakukan pengawasan di bidang kesehatan, sehingga frasa “dapat”

tersebut haruslah ditinjau kembali. Frasa “dapat” harus di sebutkan “wajib” sehingga fungsi pengawasan melalui tenaga pengawas itu dapat menjalankan tupoksinya dengan baik sesuai amanat UU Kesehatan.

x. Kewenangan Pengawasan

Pasal 188 ayat (2) UU Kesehatan menyatakan bahwa “*Menteri dapat mendelegasikan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada lembaga pemerintah nonkementerian, kepala dinas provinsi, atau kabupaten/kota yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan.*” Ketentuan tersebut menyebabkan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) mengalami kendala dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dikarenakan keterbatasan wewenang tersebut. Jika dilakukan revisi UU Kesehatan, perlu penegasan pengawasan dan pembinaan oleh BPOM. Revisi UU Kesehatan agar tidak saling mengeleminir substansi pada RUU Pengawasan Obat dan Makanan.

y. Ketentuan Pidana

Terkait ketentuan pidana, Pasal 190 ayat (1) dan Pasal 191 UU Kesehatan juga berpotensi bermasalah. Pasal 190 ayat (1) berpotensi tumpang tindih dengan Pasal 78 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (UU Praktik Kedokteran). Dalam Pasal 190 ayat (1) UU Kesehatan tersebut terkait kegawatdaruratan petugas kesehatan wajib memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat. Kondisi di lapangan pada beberapa fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) tidak terdapat tenaga dokter, sehingga mengharuskan pertolongan pada kondisi gawat darurat dilakukan oleh tenaga kesehatan lainnya. Pada beberapa tempat petugas kesehatan ini tidak disiapkan pendelegasian yang jelas oleh dokter penanggung jawab. Jika dikaitkan dengan aturan pada Pasal 78 UU Praktik Kedokteran ini menyebabkan petugas kesehatan selain dokter yang ditugaskan di fasyankes daerah terpencil yang tidak ada dokter menjadi dilema. Disatu sisi jika tidak memberikan pertolongan pada kasus pasien gawat darurat dapat dituntut melanggar Pasal 190 ayat (1) UU Kesehatan, sedangkan jika melakukan tindakan gawat darurat tanpa pendelegasian dapat dituntut melanggar pasal 78 UU UU Praktik Kedokteran. Sehingga ke depannya harus diperjelas apa kriteria darurat dalam Pasal 190 ayat (1) UU Kesehatan yang dalam praktiknya dapat ditafsirkan berbeda oleh pasien dan penegak hukum sehingga perlu standar nasional atau minimal *Standard*

Operating Procedure di setiap fasilitas kesehatan yang harus didaftarkan rutin ke dinas kesehatan setempat sebagai bukti.

Lebih lanjut, ketentuan Pasal 191 UU Kesehatan menjadi bermasalah sebab banyak pengobatan tradisional yang masih membuka praktik bahkan dengan harga jauh lebih mahal dan berbahaya namun terkesan dibiarkan dinas kesehatan setempat. Bahkan jika telah diberi sanksi namun bisa membuka lagi praktik tersebut. Hal ini dapat mengganggu sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena pasien dapat terlambat dirujuk yang akhirnya memakan dana JKN lebih besar. Jika memang ingin menjaga budaya luhur bangsa, maka harus ada uji klinis terhadap penggunaan obat-obat herbal karena herbal seperti buah merah Papua pun sekarang dihentikan produksinya setelah diketahui mengakibatkan kerusakan hati.

Dapat disimpulkan bahwa sanksi yang diatur dalam ketentuan pidana UU Kesehatan tidak implementatif dan efektif meski sebenarnya ketentuannya sudah cukup baik. Lebih lanjut, dikarenakan permasalahan-permasalahan baru yang muncul masih banyak yang belum terakomodir dalam ketentuan pidana tersebut, maka perlu ada pengaturan-pengaturan baru yang lebih jelas dan tegas. Maka ketentuan dalam UU Kesehatan perlu disempurnakan dan disesuaikan dengan perkembangan-perkembangan yang ada saat ini.

Selain ketentuan Pasal 190 ayat (1) dan Pasal 191 UU Kesehatan, Pasal 200 UU Kesehatan mengatur bahwa: *“Setiap orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2) dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp. 100.000.000,- (seratus juta rupiah).”* Dalam pelaksanaannya, ketentuan Pasal 200 UU Kesehatan ini belum dapat dilaksanakan. Hal ini sebagaimana disampaikan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat USU, Prof. Dr. Dra. Ida Yustina, M. Si dan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, drg. Hary Agung Tjahyadi, M. Kes bahwa ketentuan Pasal 200 UU Kesehatan belum pernah dipergunakan untuk menjerat orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif. Sehingga diperlukan komitmen dari pemerintah dan penegak hukum untuk tegas menerapkan ketentuan sanksi tersebut.

3. ASPEK STRUKTUR HUKUM

1. Hubungan Koordinasi Antar-Kementerian/Lembaga

a. Mekanisme Kerja dalam Koordinasi Lintas Sektor

1) Upaya Kesehatan sebagai Bagian dari Pembangunan Nasional

Saat ini dalam struktur Kementerian Kesehatan terdapat Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Ditpromkes) sebagai unsur pendukung pelaksanaan tugas Kementerian Kesehatan di bidang pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan melalui Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat. Tupoksi Dirpromkes berdasarkan Permenkes Nomor 64 tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kemenkes antara lain melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Terhadap penyebab masih kurangnya upaya promotif dan preventif sebagai prioritas dalam upaya kesehatan di masyarakat diakui oleh Dipromkes bahwa hal ini dikarenakan kewenangan akan upaya kesehatan khususnya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat belum tegas di sebutkan dalam UU Kesehatan, sehingga paradigma sehat sesuai tujuan dibentuknya UU Kesehatan belum dapat terlaksana.

Upaya kesehatan yang terdiri dari promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai Pasal 52 ayat (2) UU Kesehatan diharapkan dapat dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Namun untuk terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, upaya kesehatan dengan menggunakan metode promotif preventif tidak hanya sekedar sebagai metode pendekatan, namun diwujudkan sebagai program. Program tersebut nantinya akan diakses secara luas oleh fasilitas kesehatan di Indonesia yang melibatkan stakeholder lainnya dengan sinkronisasi program kesehatan sehingga hak masyarakat atas Pasal 17 UU

Kesehatan mengenai ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan dapat terpenuhi.

Terhadap hal tersebut masukan Fakultas Farmasi USU diperlukan sosialisasi lebih lanjut mengenai akses informasi kesehatan, agar semua masyarakat dapat memperoleh informasi secara merata. Jika informasi kesehatan dapat diakses oleh semua masyarakat, pembangunan kesehatan yang diharapkan dapat memenuhi derajat kesehatan yang setinggi-setingginya dapat dicapai secara sinergis dan berjenjang.

2) Pengembangan Pelayanan Kesehatan Tradisional

Masih terdapat kurangnya dukungan dari pihak-pihak terkait lainnya guna pengembangan kesehatan tradisional seperti pengembangan fasilitas yang sebagaimana didukung dalam pelayanan kesehatan konvensional. Fasilitas kepada tenaga pelayanan kesehatan tradisional dan fasilitas penopang seperti ditambahkannya “Griya Sehat” di setiap puskesmas, rumah sakit dan sentra pelayanan kesehatan, serta pemenuhan alat kesehatan lainnya. Dit Kestrad berharap bahwa pelayanan kesehatan tradisional harusnya mendapat perhatian dan dukungan khusus karena prinsip awal dari kesehatan tradisional adalah mencegah masyarakat terkena penyakit yang dapat mendukung upaya promotif dan preventif di bidang kesehatan.

Dari segi pelayanan yang menggunakan ramuan dalam pelayanan kesehatan tradisional, yang juga menjadi objek pengawasan dan pembinaan Dit Kestrad, di daerah terdapat permasalahan yang dikemukakan oleh Balai Besar Pengawas Obat dan Makanan (BBPOM) di Medan bahwa pengetahuan/kompetensi Sumber Daya Manusia pengelola usaha obat tradisional dalam memenuhi aspek Cara Pembuatan Obat Tradisional Yang Baik) masih sangat terbatas. Berkaitan dengan hal ini BBPOM di Medan secara rutin melakukan kegiatan pemberdayaan pelaku usaha obat tradisional di kantor BBPOM di Medan berupa kegiatan penyuluhan.

Kegiatan tersebut menunjukkan bahwa dalam upaya pengembangan pelayanan kesehatan tradisional, Dit Kestrad perlu

melibatkan kerjasama lintas sektor dengan kementerian/lembaga lainnya serta peran serta masyarakat agar pengembangan pelayanan kesehatan tradisional dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma yang ada.

3) Tingginya Angka *Stunting* di Indonesia

Saat ini penanganan permasalahan pemenuhan kebutuhan gizi di Indonesia belum berjalan optimal. Perlu adanya pendekatan multisektor dengan melakukan intervensi gizi sensitif dan intervensi gizi spesifik yang dilakukan Kementerian Kesehatan dengan melibatkan berbagai instansi terkait seperti Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Kementerian Desa Pembangunan Daerah tertinggal dan Transmigrasi, Bappenas, dan Kementerian Komunikasi dan Informatika. Intervensi tersebut diupayakan agar terintegrasi sampai dengan tingkat desa dengan melakukan sinkronisasi kegiatan antara pusat dan daerah. Selain itu pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi perlu ditingkatkan. Oleh karenanya, dibutuhkan kerja sama antara Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat yang maksimal, agar tujuan negara dalam pemenuhan kebutuhan gizi setiap warga negara dapat tercapai.

b. Mekanisme Kerja dalam Koordinasi Pusat dan Daerah

1) Perubahan Rezim Desentralisasi Menjadi Rezim Konkuren di Pemerintahan Daerah

Hal-hal yang membagi urusan kesehatan sebagaimana dibingkai dalam rezim urusan pemerintahan konkuren belum tercermin sepenuhnya dalam UU Kesehatan, sehingga diperlukan penyesuaian materi muatan yang membagi kewajiban dan tanggung jawab bidang kesehatan secara proporsional antara Pemerintah Pusat dengan pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota sebagaimana diatur dalam UU Pemd.

Permasalahan otonomi daerah menimbulkan permasalahan pelaksanaan kebijakan kesehatan di pusat dan daerah dimana terdapat

disinkronisasi antara Permenkes dan Peraturan Daerah/Kepala Daerah, seperti penyebutan nomenklatur lembaga Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2354/MENKES/PER/XI/2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 532/MENKES/PER/IV/2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat, sementara dalam Peraturan Gubernur Kalimantan Barat Nomor 8 Tahun 2009 disebutkan nomenklatur yang digunakan adalah Unit Pengobatan Penyakit Paru (UP4) Provinsi Kalimantan Barat.

Bidang Kesehatan dalam UU Kesehatan dalam rezim desentralisasi pada prinsipnya menyerahkan penyelenggaraan urusan pemerintahan kepada pemerintahan daerah dengan otonomi yang luas dengan adanya pembatasan terhadap intervensi pemerintahan pusat kepada daerah, termasuk atas intervensi pemerintahan provinsi kepada pemerintahan kabupaten/kota. Hal ini menurut Dinas Kesehatan Aceh menyebabkan banyaknya program pemerintah pusat maupun provinsi yang masih belum bisa berjalan dengan maksimal di pemerintahan kabupaten/kota. Di sisi lain, menurut FKM USM Aceh hal ini membuat Kemenkes mengendalikan secara penuh pengadaan fasilitas dan prasarana kesehatan yang sumber pendanaannya dari APBN, dan tidak memberikan otonomi pengelolaan penuh pada Dinas Kesehatan baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota yang memiliki penganggaran secara mandiri dalam APBD.

Sehingga dalam pelaksanaan urusan kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat menyarankan dalam pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah (sebagaimana tercantum dalam Pasal 167 ayat (2) UU Kesehatan) yang dilakukan dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan sebagaimana ketentuan dalam Pasal 2 ayat (2) Perpres SKN. Dengan adanya pengaturan tersebut, maka diperlukan adanya aturan yang membagi peran yang jelas antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota terkait pengelolaan kesehatan yang

berjenjang, termasuk adanya kewenangan untuk pengawasan dan pemberian sanksi dalam hal pengelolaan kesehatan.

2) Komitmen Pemerintah dalam Penyediaan Sumber Daya di Bidang Kesehatan yang Adil dan Merata

Sesuai Pasal 16 UU Kesehatan, Pemerintah diberikan tanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat. Menurut hasil pengumpulan data terkait implementasi UU Kesehatan, berdasarkan data yang diperoleh dari Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), saat ini potret tenaga kesehatan di Indonesia berdasarkan hasil Risnakes 2017 menunjukkan bahwa selama periode tahun 2011-2017 telah terjadi peningkatan jumlah tenaga kesehatan di puskesmas dengan rasio tertinggi adalah bidan dan perawat, namun ketidakmerataan juga semakin meningkat, khususnya untuk wilayah Indonesia bagian timur. Pusat Kajian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI menyatakan bahwa pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah daerah, masih terdapat daerah yang tidak mampu memetakan antara tenaga kesehatan yang ada dengan tenaga kesehatan yang diperlukan termasuk dari sisi perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan tersebut.

Sebagaimana dijelaskan dalam pembagian urusan pemerintahan di bidang kesehatan, bahwa sesungguhnya dalam hal SDM Kesehatan, penetapan penempatan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis bagi daerah yang tidak mampu dan tidak diminati merupakan wewenang Pemerintah, dalam hal ini pemerintah pusat. Kemudian untuk wewenang Pemerintah daerah adalah dalam hal perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah provinsi. Sehingga dapat terlihat bahwa terhadap pemberian wewenang kepada daerah dalam pemetaan atas ketersediaan sumber daya khususnya penyebaran tenaga kesehatan yang adil dan merata membutuhkan koordinasi antara Pemerintah pusat dengan Pemerintah daerah.

3) Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan Pemerintah

Meskipun SPM Kesehatan ditetapkan oleh Pemerintah secara nasional, namun pembiayaan SPM Kesehatan ditetapkan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) masing-masing daerah sebagaimana ketentuan Pasal 298 UU Pemda. Hal ini menimbulkan beberapa permasalahan di pemerintah daerah sebab SPM Kesehatan yang menjadi dasar pelayanan publik seringkali membuat standar yang tidak mampu dilaksanakan oleh pemerintah daerah berkaitan dengan tingkat kemampuan daerah yang berbeda-beda.

Menurut Pusat Kajian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI (PKAKK FKM UI), SPM Kesehatan merupakan suatu upaya yang baik dalam memenuhi hak masyarakat atas kesehatan tetapi dinilai sangat sulit untuk direalisasikan. Tidak semua pemerintah daerah dapat merealisasikan upaya pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan karena keterbatasan fasilitas dan tingkat kemampuan daerah yang berbeda-beda, selain itu juga pemerintah daerah juga belum optimal dalam menerjemahkan kebijakan kesehatan nasional menjadi kerangka kebijakan kesehatan daerah sehingga *output*, *impact*, dan *outcome* kebijakan kesehatan daerah yang telah dilaksanakan tidak pernah dilakukan evaluasi oleh pemerintah daerah

4) Pendirian Unit Transfusi Darah

Pasal 87 ayat (1) dan (2) UU Kesehatan menyatakan “penyelenggaraan donor darah dan pengelolaan darah dilakukan oleh Unit Transfusi Darah”. Dan dalam ayat (2) menyatakan bahwa “Unit Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau organisasi sosial yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan”. Sehingga dapat disimpulkan bahwa berdasarkan UU Kesehatan penyelenggaraan UTD dapat dilaksanakan lebih dari satu penyelenggara. Lebih lanjut apabila kita melihat pengaturan dalam PP Pelayanan Darah Pasal 34 ayat (1) menyatakan “UTD dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, atau organisasi yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan”. Dan pada Permenkes Nomor 83 Tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah,

Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah (Permenkes Pelayanan Darah) pada Pasal 2 ayat (1) menyatakan “UTD hanya diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau PMI”. Berdasarkan uraian ketentuan di atas, terdapat inkonsistensi antara UU Kesehatan yang menggunakan frasa “dan/atau” dengan PP Pelayanan Darah dan Permenkes Pelayanan Darah yang hanya menggunakan frasa “atau”. Akibat dari adanya inkonsistensi norma diatas, menimbulkan beberapa permasalahan yaitu berkembangnya pendirian UTD PMI dalam suatu daerah yang sebelumnya sudah berdiri satu UTD PMI, bahwa menurut PMI hal ini tidak diperlukan lagi pendirian UTD lainnya diwilayah yang sama, seperti yang saat ini berkembang yakni UTD yang tersebar ada di beberapa rumah sakit. PMI menyatakan yang tepat untuk pengelolaan darah adalah bank darah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Bahwa hal ini dapat mempengaruhi kualitas pelayanan darah karena hingga saat ini belum terdapat pengawasan dan pembinaan terhadap UTD rumah sakit.

c. Badan Pertimbangan Kesehatan

Dalam UU Kesehatan, tidak disebutkan bahwa BPKN merupakan bagian dari peran serta masyarakat dan kelebagaannya juga bukan bersifat pilihan dengan tidak adanya kata “dapat”, sehingga pembentukan BPKN/BPKD dalam UU Kesehatan merupakan amanat yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah yang memiliki kekuasaan eksekutif pemerintahan.

Urgensi akan dibentuknya BPKN/BPKD menimbulkan banyak pendapat antara lain menurut pakar akademisi FKIK Unika Atmajaya bahwa BPKN/BPKD tidak perlu ada karena kewenangan salah satunya dalam memberikan pertimbangan atas permasalahan pelanggaran hukum kesehatan atau kode etik dalam bidang kesehatan sudah termasuk dalam kewenangan IDI. Berbeda dengan pendapat diatas, pakar akademisi DR. Sugianto, S.H., M.H., menganggap penting BPKN/BPKD untuk dipertahankan agar dalam hal penanganan permasalahan pelanggaran hukum ataupun kode etik dalam dunia kesehatan sebelum dipidanakan harus dilakukan pertimbangan terlebih dahulu oleh badan ini, mengingat

adanya pelibatan berbagai unsur dalam BPKN ini yang salah satunya adalah unsur masyarakat. Selain itu, disarankan agar kewenangan BPKN/BPKD harus difungsikan lebih mendalam agar tidak terjadi tumpang tindih kewenangan dengan Kementerian Kesehatan.

d. Pengawasan Kesehatan

Selain dalam UU Kesehatan telah diatur lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2018 tentang Pengawasan di Bidang Kesehatan. Secara ketentuan peraturan perundang-undangan, norma terkait pengawasan melekat pada Pemerintah Pusat dan Pemerintah daerah dimana bertanggung jawab menyelenggarakan Pengawasan di Bidang Kesehatan. Kewenangan pengawasan yang diberikan oleh UU Kesehatan merupakan jenis pengawasan melekat pada pejabat untuk mengawasi setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan. Menurut Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan, terkait pengawasan melekat ini sebaiknya lebih diperluas tidak hanya dikarenakan akibat pembagian kewenangan otonomi daerah. Hal ini mengakibatkan lemahnya faktor pengawasan, dimana Pemerintah Pusat hanya menyerahkan sampai Pemerintah Provinsi, kemudian kewenangan Pemprov menyerahkan kepada pemerintah kabupaten/kota melalui SOP tersendiri.

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, terkait tenaga pengawas, frasa “dapat” dalam Pasal 183 UU Kesehatan harus ditinjau kembali, karena hal ini mengakibatkan hingga saat ini Menteri ataupun Kepala Dinas masih enggan mengangkat tenaga pengawas, sehingga fungsi pengawasan melalui tenaga pengawas kesehatan belum dapat menjalankan tupoksinya dengan baik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Hal ini menunjukkan bahwa fungsi pengawasan kesehatan dikaitkan dengan ketersediaan jumlah tenaga pengawas di daerah, dalam hal ini dapat bekerja sama dengan lembaga lain untuk mengoptimalkan pengawasan kesehatan. Namun demikian mengingat banyaknya jumlah kasus kesehatan,

ketersediaan jumlah tenaga pengawas di daerah dipandang sangat perlu untuk meminimalisir terjadinya pelanggaran hukum di bidang kesehatan.

e. Penegakan Hukum Kesehatan

Bahwa penegakan hukum di bidang kesehatan masih terkendala dan belum optimal dalam pemberian sanksi antara lain dalam hal PPNS menurut Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta PPNS masih sibuk dengan tugas administrasinya sehingga belum fokus kepada penegakan hukum dan belum semua daerah memiliki PPNS sebagaimana disampaikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Selain itu kewenangan yang di miliki oleh PPNS dirasa masih terbatas, menurut BBPOM Medan selama ini BPOM terpaksa melakukan kerjasama dengan Kepolisian karena keterbatasan wewenang. Selain itu Fikes USM menuturkan bahwa kurangnya implementasi ketentuan pidana dalam UU Kesehatan dapat dilihat dari berbagai kasus penelantaran pasien yang dilakukan oleh rumah sakit, namun tidak ada penegakan hukum baik kepada pimpinan maupun korporasi. Salah satu kasus yang terjadi di salah satu rumah sakit pemerintah di Pematang Siantar. Dimana pasien ditelantarkan sampai meninggal dunia (detik.com, 2015), namun tidak ada penegakan hukum terhadap tenaga kesehatan yang bersangkutan. Ketentuan pasal 199 ayat (2) tentang sanksi bagi orang yang melanggar kawasan tanpa rokok. Sampai saat ini tidak ada sanksi yang jelas, meskipun ada banyak pelanggaran terhadap kawasan tanpa rokok, dan berbagai kasus lainnya.

Dengan masih ditemuinya berbagai kasus pelanggaran pidana sebagaimana diatur dalam UU Kesehatan yang masih terjadi dan belum menimbulkan efek jera bagi pelanggarnya, maka diperlukan komitmen dan sinergitas yang baik dari berbagai unsur penegak hukum terkait dengan penegakan hukum ini khususnya peranan PPNS yang perlu dioptimalkan kembali dan untuk fokus dalam melakukan penyidikan dugaan pelanggaran pidana di bidang kesehatan dan tentunya melakukan koordinasi dengan penyidik kepolisian.

4. ASPEK SDM DAN SARANA DAN PRASARANA

a. SDM di Bidang Kesehatan

1) SDM Kesehatan Lingkungan

Dalam Pasal 16 UU Kesehatan mengatur bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Salah satu sumber daya di bidang kesehatan adalah tenaga kesehatan. Dalam UU Tenaga Kesehatan Pasal 11 menyatakan ada dua belas kelompok tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan lingkungan masuk dalam kelompok tenaga kesehatan.

Pengadaan tenaga kesehatan lingkungan terutama di pukesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar masih kurang sebagaimana pernyataan dari Direktur Kesehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan bahwa saat ini belum semua puskesmas memiliki tenaga kesehatan lingkungan. Jika dilihat dari fungsi dan tugasnya, tenaga kesehatan lingkungan merupakan salah satu dari jenis kelompok tenaga kesehatan yang esensial yang dibutuhkan di puskesmas mengingat puskesmas merupakan pemberi pelayanan dasar kesehatan kepada masyarakat.

Kurangnya tenaga kesehatan lingkungan di puskesmas khususnya disebabkan beberapa faktor, yaitu:

1. Jumlah perekrutan tenaga kesehatan lingkungan lebih sedikit jumlahnya dibandingkan tenaga kesehatan lainnya seperti tenaga medis, bidan dan perawat.
2. Peran dan tugas dari tenaga kesehatan lingkungan saat ini dapat dikerjakan oleh tenaga medis, perawat dan bidan.
3. Kondisi umum pelaksanaan UU tentang Kesehatan, berdasarkan gambaran spesifik kesehatan lingkungan, masih dalam tahap kuratif, sehingga lebih menitik beratkan perekrutan tenaga kesehatan medis, bidan dan perawat.

Atas dasar itu, perlu ditinjau kembali peraturan pelaksana terkait pemetaan dan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan sehingga daerah dapat mengimplementasikan aturan tersebut secara tepat.

2) **Prinsip-Prinsip Profesionalisme Tenaga Kesehatan Terabaikan**

Dalam pelaksanaan Pasal 22 UU Kesehatan dalam hal penyelenggaraan peningkatan mutu tenaga kesehatan terdapat beberapa permasalahan. *Pertama*, dalam hal peningkatan kompetensi selama ini hanya menjadi tugas dan tanggung jawab dari pemerintah, padahal dibutuhkan keterlibatan semua pihak. *Kedua*, belum adanya standar baku kompetensi kerja untuk tenaga kesehatan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Terkait hal ini menurut FKM USU banyak ditemukan tenaga kesehatan yang ada di puskesmas tidak dapat mengoperasikan peralatan kesehatan yang baru. *Ketiga*, terbatasnya pembiayaan pendidikan dan pelatihan yang mampu dianggarkan melalui APBD/APBN. *Keempat*, terbatasnya penyelenggara pelatihan yang terakreditasi, serta terbatasnya kapasitas akses pendidikan ke jenjang lebih tinggi terutama untuk pendidikan dokter spesialis/sub spesialis. Sehingga diperlukan koordinasi antara pemerintah, pemerintah daerah dan semua pihak terkait agar peningkatan mutu tenaga kesehatan dapat terselenggara secara optimal.

3) **Mediasi dalam Hal Tenaga Kesehatan Melakukan Kelalaian**

Ketentuan mengenai mediasi dalam hal tenaga kesehatan melakukan kelalaian sesuai dengan Pasal 29 UU Kesehatan belum diatur mengenai bagaimana mekanisme mediasi, seperti apa yang harus dilakukan, dan lembaga mediasi mana yang harus menyelesaikannya. Kemudian kelalaian medis yang dimaksud harus diperjelas. Seringkali dalam pelaksanaannya kelalaian medis tersebut langsung diindikasikan sebagai kesalahan dari tenaga kesehatan dan merupakan perbuatan malpraktik.

Yang menjadi kerancuan dalam Pasal tersebut adalah adanya penggunaan frasa “harus diselesaikan terlebih dahulu” yang tidak tegas menyatakan mediasi adalah satu-satunya upaya untuk menyelesaikan sengketa kelalaian tenaga kesehatan, sehingga dapat dipersepsikan masih dibukanya kemungkinan untuk jalur pidana. Dalam hal ini seharusnya terdapat pembatasan upaya hukum yang dipilih dalam menyelesaikan sengketa tersebut.

4) **Pemerataan Tenaga Kesehatan**

Dalam Pasal 21 ayat (1) UU Kesehatan menyebutkan bahwa *“Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan.”* Namun, dalam pelaksanaannya hingga saat ini masih terdapat kekurangan tenaga promosi kesehatan. Hal ini dikarenakan tidak mendapatkan perhatian prioritas dalam pengadaan tenaga kesehatan untuk memenuhi kekurangan tenaga promosi kesehatan di puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan sarana pelayanan kesehatan baik dari sisi kualitas maupun kuantitas.

Secara umum pemerataan tenaga kesehatan menemui berbagai kendala terutama di DTPK. Selama ini, pemerintah daerah dalam melakukan perencanaan tenaga kesehatan belum terlalu memperhatikan kebutuhan-kebutuhan jenis tenaga kesehatan yang sangat dibutuhkan di daerahnya.

b. Sarana dan Prasarana

Pelaksanaan program-program pendukung implementasi UU Kesehatan salah satunya difokuskan di bidang sarana prasarana yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan, dan pelayanan kefarmasian guna pendukung pelaksanaan menjadikan Indonesia sehat dan mengikuti Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan.

Pelayanan kesehatan dasar dalam UU Kesehatan yang terkait teknologi kesehatan, Sistem Informasi Kesehatan, dan upaya kesehatan dalam hal pemerataan, keterjangkauan layanan masyarakat, dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan melalui program BPJS regulasinya sudah baik namun implementasinya sulit dilaksanakan terlebih DTPK. Pelayanan kesehatan tradisional yang juga diatur dalam UU Kesehatan belum berjalan dengan maksimal walaupun sudah ada peraturan pelaksanaannya Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional namun untuk fasilitas pelayanan kesehatan tradisional, tenaga pelayanan kesehatan tradisional, dan pengaturan terkait pelayanan dan mengenai perizinan dalam implementasinya belum terakomodir. Mengenai Kawasan

Tanpat Rokok (KTR) sudah berjalan melalui peraturan daerah namun belum terlaksana dengan baik, hal ini dikarenakan sanksinya yang minim.

Pelayanan kesehatan rujukan dalam UU Kesehatan terkait limbah medis masih menjadi permasalahan di setiap daerah dikarenakan masih terbatasnya kemampuan petugas kesehatan lingkungan dan terbatasnya dukungan terhadap uji laboratorium terhadap media lingkungan yang berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan, kondisi ini membuat rumah sakit bekerjasama dengan pihak ketiga (swasta) yang memiliki maksimal berat limbah medis sebelum diproses penghancuran. Ketersediaan rumah sakit untuk disabilitas juga belum tersedia, hal ini jelas bahwa implementasi dalam UU Kesehatan terkait kewajiban pemerintah dalam memfasilitasi disabilitas. Sedikitnya jumlah rumah sakit yang fokus dalam penanganan kesehatan jiwa juga suatu pembuktian bahwa implementasi UU Kesehatan mengenai Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat memiliki tanggung jawab untuk melakukan upaya penyembuhan penderita gangguan kesehatan jiwa, termasuk penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan belum terlaksana.

Pelayanan kefarmasian dalam UU Kesehatan pengaturan mengenai pengadaan, penyimpanan, pengolahan dan pengedaran sediaan farmasi dan alat kesehatan masih belum terlaksana dengan baik akibat dari pengawasan yang kurang efektif. Pengembangan perbekalan kesehatan secara nasional mengenai ketersediaan vaksin masih terkendala dengan belum terdistribusikan secara merata akibat disparitas luasnya wilayah Indonesia. Ketersediaan obat masih mengalami beberapa kendala di DTPK. Dengan penggunaan sistem pembelian obat harus melalui *e-katalog* dan terbatasnya jumlah perusahaan obat di Indonesia mengakibatkan sulitnya mendapatkan obat berkualitas.

5. ASPEK ANGGARAN

Aspek anggaran diatur Bab XV tentang Pembiayaan Kesehatan yang terdiri dari empat pasal, yaitu Pasal 170 – Pasal 173 UU Kesehatan. Unsur-unsur pembiayaan kesehatan berdasarkan Pasal 170 ayat (2) UU Kesehatan terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan yang akan diuraikan sebagai berikut:

a. Sumber Pembiayaan Kesehatan

Ketentuan Pasal 170 ayat (3) UU Kesehatan menyebutkan terdapat 5 (lima) sumber pembiayaan kesehatan, yaitu Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta, dan sumber lain. Pembiayaan yang bersumber dari Pemerintah berasal dari alokasi dalam anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah, baik di tingkat provinsi maupun di tingkat kabupaten/kota. Sumber pembiayaan yang berasal dari Pemerintah dan pemerintah daerah sepatutnya lebih besar dari pembiayaan kesehatan yang berasal dari kantong pribadi masyarakat (*out-of-pocket*). Sedangkan pembiayaan kesehatan yang bersumber dari swasta dimobilisasi melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial.¹

World Health Organization (WHO) memberikan rekomendasi kepada negara-negara untuk mencari sumber-sumber pendapatan lain untuk membiayai kesehatan seperti menaikkan pajak pertambahan nilai sebagaimana yang dilakukan oleh Ghana atau mengalokasikan pajak “dosa”, terutama tembakau dan alkohol, untuk membiayai kesehatan.² Indonesia telah menjadikan pajak rokok sebagai salah satu sumber pembiayaan kesehatan melalui Permenkes No. 40 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Pajak Rokok Untuk Pendanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat sebagaimana telah diubah terakhir dengan Permenkes No. 53 Tahun 2017 tentang Perubahan Atas Permenkes No. 40 Tahun 2016.

b. Alokasi Pembiayaan Kesehatan

Alokasi anggaran kesehatan minimal sebesar 5% (lima persen) dari APBN di luar gaji sebagaimana ditentukan dalam ketentuan Pasal 171 ayat (1) UU Kesehatan. Angka persentase tersebut masih jauh dari standar yang direkomendasikan oleh WHO, yaitu 15% (lima belas persen).³ Pada umumnya persentase tingkat alokasi belanja negara untuk bidang kesehatan berbanding lurus dengan tingkat kekayaan negara tersebut. Namun kekayaan negara bukan

¹ Lihat Pasal 173 ayat (1) UU Kesehatan

² World Health Organization, *The World Health Report: Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage*, <https://www.who.int/whr/2010/en/>, diakses tanggal 7 Maret 2019, hal. 27-31.

³ *Ibid.*, hal. 25., dengan teks asli sebagai berikut:

“Taken as a group, the low-income countries could raise (at least) an additional US\$ 15 billion dollars per year for health from domestic sources by increasing the share of health in total government spending (net of external aid inflows) to 15%.”

merupakan satu-satunya faktor yang berperan dalam pengalokasian pembiayaan kesehatan. Komitmen negara terhadap anggaran kesehatan merupakan faktor yang paling berperan dalam pembiayaan kesehatan. Berdasarkan hal tersebut, maka komitmen yang kuat dari Pemerintah sangat diperlukan untuk dapat menjadikan pembiayaan kesehatan menjadi salah satu prioritas dalam alokasi anggaran belanja dan pendapatan negara.

Total belanja negara dalam APBN 2019 berdasarkan UU No. 12 Tahun 2018 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2019 (UU APBN 2019) ialah sebesar Rp 2.461,1 T. Jika dibandingkan dengan anggaran kesehatan sebesar Rp 123,1 T, maka alokasi pembiayaan kesehatan dalam APBN 2019 sebesar 5% (lima persen). Oleh karena itu, Pemerintah telah memenuhi ketentuan Pasal 171 ayat (1) UU Kesehatan.

Dalam APBN 2019, Dana Perimbangan dalam bidang kesehatan, ditambah dengan Dana Desa, dialokasikan sejumlah Rp 33,4 T. Dana Bagi Hasil yang dialokasikan untuk urusan kesehatan adalah Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau yang digunakan untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional sebesar minimal 50% (lima puluh persen).⁴ Dana Alokasi Khusus terdiri dari DAK Fisik dan DAK Non-Fisik. DAK Fisik yang dianggarkan untuk urusan kesehatan terdiri dari DAK Afirmasi sebesar Rp 3,1 T, DAK Penugasan sebesar Rp 5,6T, dan DAK Reguler sebesar Rp 11,2 T. DAK Non-Fisik diberikan dalam bentuk Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Bantuan Operasional Keluarga Berencana (BOKB) Rp 12,2 T kepada 9.909 puskesmas dan 5.920 balai penyuluhan.⁵

Selain menerima Dana Perimbangan dari Pemerintah Pusat, pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota tetap harus mengalokasikan pembiayaan kesehatan dalam APBD minimal 10% (sepuluh persen) di luar gaji sebagaimana ditentukan dalam ketentuan Pasal 171 ayat (2) UU Kesehatan. Namun berdasarkan data dan informasi yang diperoleh, belum seluruh pemerintah daerah provinsi dan terutama pemerintah daerah kabupaten/kota melaksanakan

⁴ Kementerian Keuangan Republik Indonesia, *Informasi APBN 2019: APBN untuk Mendorong Investasi dan Daya Saing Melalui Pembangunan Sumber Daya Manusia*, <https://www.kemenkeu.go.id/media/11213/buku-informasi-apbn-2019.pdf>, diakses pada 7 Maret 2019. Hal. 39.

⁵ *Ibid.* Hal. 43.

ketentuan tersebut. Dana Perimbangan dan dana desa yang ditransfer oleh Pemerintah justru menjadi komponen pengurang alokasi anggaran kesehatan dalam APBD. Berdasarkan hal tersebut maka seharusnya pemerintahan daerah tetap berkomitmen memberikan alokasi pembiayaan kesehatan sebesar minimal 10% (sepuluh persen) selain gaji dalam APBD-nya.

Pelaksanaan otonomi daerah dengan adanya penyerahan urusan kesehatan ke pemerintahan daerah memberikan dampak pada pembiayaan kesehatan. Salah satunya ialah program atau isu prioritas nasional tidak dijalankan di suatu daerah akibat dari pengalokasian anggaran yang kurang. Oleh karena itu perlu adanya sebuah lembaga yang melakukan pengawasan terhadap pembiayaan kesehatan agar sesuai dengan asas dan tujuan dari UU Kesehatan.

c. Pemanfaatan Pembiayaan Kesehatan

Untuk mengetahui semua pelaksanaan program berdasarkan anggaran kesehatan dan anggaran Kementerian Kesehatan apakah telah sesuai dengan amanat UU Kesehatan, dapat dilihat berdasarkan Pasal 171 ayat (3) UU Kesehatan, yaitu besaran anggaran tersebut diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah. Dalam penjelasan pasal 171 ayat (3) Yang dimaksud dengan “kepentingan pelayanan publik” dalam ketentuan ini adalah pelayanan kesehatan baik pelayanan preventif, pelayanan promotif, pelayanan kuratif, dan pelayanan rehabilitatif yang dibutuhkan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Biaya tersebut dilakukan secara efisien dan efektif dengan mengutamakan pelayanan preventif dan pelayanan promotif dan besarnya sekurang-kurangnya $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari APBN dan APBD. Artinya, dalam pembiayaan kesehatan diprioritaskan pada pelayanan preventif dan pelayanan promotif.

Berdasarkan besaran pemanfaatan anggaran kesehatan baik belanja menurut pelayanan umum dan belanja menurut fungsi kesehatan tersebut pembiayaan kesehatan pada anggaran PBI jaminan kesehatan, Pembinaan Upaya Kesehatan Rujukan, peningkatan ketersediaan obat publik dan perbekalan kesehatan. Pembiayaan kesehatan pada APBN untuk PBI yang

faktanya digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk membiayai pengobatan di fasyankes di seluruh Indonesia, serta pembiayaan obat dan perbekalan kesehatan menjelaskan bahwa pembiayaan kesehatan akhirnya hanya cenderung pada pelayanan kesehatan kuratif. Selain itu, berdasarkan anggaran Kementerian Kesehatan yang juga bersumber dari APBN, dianggarkan untuk kegiatan prioritas nasional yang mana hampir setengahnya, yaitu sebesar 25,5 T digunakan untuk JKN. Hampir sebagian besar anggaran di bidang kesehatan yang dianggarkan pada APBN Indonesia digunakan untuk membayar PBI kepada BPJS.

Berdasarkan seluruh uraian mengenai aspek anggaran di atas, besaran alokasi anggaran kesehatan yang masih belum dianggarkan sesuai dengan ketentuan UU Kesehatan yang mana ketentuan tersebut lebih kecil daripada yang ditentukan oleh WHO menggambarkan bahwa Pemerintah masih belum menganggap kesehatan sebagai suatu kebutuhan utama dan investasi berharga di dalam menjalankan pembangunan sehingga alokasi dana kesehatan hingga kini masih tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara lain. Kemudian, dalam hal pengalokasian didapatkan fakta bahwa anggaran di bidang kesehatan yang berasal dari APBN baik anggaran kesehatan maupun anggaran kementerian kesehatan, masih cenderung digunakan untuk program prioritas pembayaran JKN kepada BPJS untuk PBI. Faktanya, BPJS menggunakan anggaran JKN sebagian besar untuk pelayanan pengobatan masyarakat. Oleh karena itu, paradigma baru yang ditetapkan UU Kesehatan, yaitu paradigma sehat yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tidak terlaksana sebagaimana yang dicita-citakan. Bahwa perlu dipahami pembiayaan untuk pengobatan orang sakit yang sangat besar tersebut adalah akibat gagalnya program prevensi dan promosi kesehatan bagi masyarakat, sehingga timbul berbagai gejala penyakit di masyarakat yang membuat anggaran kesehatan akhirnya cenderung untuk pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Pemanfaatan anggaran kesehatan yang demikian jelas menghambat tujuan pembangunan kesehatan yang diamanatkan oleh UU Kesehatan, yaitu 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.

6. ASPEK BUDAYA HUKUM

Penekanan peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dalam upaya pembangunan kesehatan terdapat pada ketentuan Pasal 3, Pasal 11, Pasal 141 ayat (2) huruf b, Pasal 143, Pasal 157 ayat (1) dan Pasal 158 ayat (2) UU Kesehatan. Pembentukan perilaku hidup sehat berkaitan dengan kesadaran dan kemauan individu untuk menjaga dirinya sendiri dan orang-orang disekitarnya untuk tetap sehat. Stimulus-stimulus dalam membangun kesadaran untuk hidup sehat tersebut telah dilakukan oleh Pemerintah melalui beberapa kegiatan yang telah diatur dasar hukumnya diantaranya dalam penyelenggaraan olahraga, penyelenggaraan pendidikan dan penyampaian informasi kesehatan secara luas. Hal ini berkaitan dengan upaya promotif dan preventif yang diatur dalam UU Kesehatan. Kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit⁶ merupakan proses pemberdayaan masyarakat yang berorientasi pada perubahan perilaku dan sikap perorangan. Pendekatan yang dilakukan dalam upaya promosi kesehatan meliputi pendekatan medik, pendekatan pendidikan, perubahan perilaku, pendekatan berorientasi pada klien dan perubahan sosial.⁷

Pelayanan kesehatan promotif berdasarkan Pasal 1 angka 12 UU Kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. WHO merumuskan promosi kesehatan sebagai proses mengupayakan individu-individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya.⁸

Salah satu tanggung jawab Pemerintah berdasarkan Pasal 19 UU Kesehatan adalah terkait ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau. Ketentuan ini dilaksanakan oleh Direktorat Promosi Kesehatan (Ditpromkes) dan Pemberdayaan Masyarakat, dibawah Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat pada Kementerian Kesehatan.

Kegiatan promosi kesehatan masyarakat dapat diwujudkan dalam berbagai bentuk diantaranya berupa materi promosi kesehatan seperti program Indonesia

⁶ Definisi lengkap mengenai pelayanan kesehatan promotif dan pelayanan kesehatan preventif dapat ditemukan pada ketentuan Pasal 1 angka 12 dan angka 13 UU Kesehatan

⁷ Heri D.J. Maulana, *Promosi Kesehatan*, Jakarta: Penerbit Buku Kesehatan EGC, 2007, hal. 43. Penjelasan lebih lengkap mengenai pendekatan-pendekatan dalam promosi kesehatan dapat ditemukan di halaman 43-46.

⁸ Panduan Integrasi Promosi Kesehatan di Kabupaten/Kota, hal 7.

Eliminasi Tuberkulosis pada tahun 2030, maupun berupa anjuran dari pemerintah melalui instansi ataupun pejabat yang berkaitan dengan bidang kesehatan, seperti pesan Menteri Kesehatan, Prof. Dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M (K), yang mengajak masyarakat Indonesia agar tidak “mager” atau malas gerak dengan menjalankan salah satu aktivitas Program Germas, yaitu aktivitas fisik.

Adanya kegiatan olahraga yang selain mengacu pada pengaturan dalam UU Kesehatan, juga mengacu pada Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Sistem Keolahragaan Nasional (UU SKN). Ketentuan Pasal 4 UU SKN mengatur bahwa keolahragaan nasional bertujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kebugaran, prestasi, kualitas manusia, menanamkan nilai moral dan akhlak mulia, sportivitas, disiplin, mempererat dan membina persatuan dan kesatuan bangsa, memperkuat ketahanan nasional, serta mengangkat harkat, martabat, dan kehormatan bangsa. Penekanan pada pemeliharaan dan peningkatan kesehatan dan kebugaran pada ketentuan tersebut berkaitan erat dengan implementasi tujuan dari UU Kesehatan⁹. Tidak semua orang berolahraga untuk mengikuti suatu kompetisi dan memperoleh medali, sehingga pengaturan dalam UU SKN mengatur adanya olah raga rekreasi yang merupakan kegiatan olahraga yang dilakukan oleh masyarakat dengan kegembiraan dan kemampuan yang tumbuh dan berkembang sesuai dengan kondisi dan nilai budaya masyarakat setempat untuk kesehatan, kebugaran, dan kegembiraan. Bahkan pengaturan olahraga dalam UU SKN juga mewadahi kepentingan olahraga penyandang disabilitas¹⁰.

Ditpromkes memiliki konsep promosi kesehatan dengan beberapa kegiatan yang bisa dilakukan, yaitu:¹¹

- a. Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS);

⁹ Tujuan pembangunan kesehatan diatur dalam Pasal 3 UU Kesehatan yang menyatakan “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.”

¹⁰ Dalam Pasal 13 UU SKN diatur mengenai kewenangan pemerintah dan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan olahraga yakni:

(1) Pemerintah mempunyai kewenangan untuk mengatur, membina, mengembangkan, melaksanakan, dan mengawasi penyelenggaraan keolahragaan secara nasional.

(2) Pemerintah daerah mempunyai kewenangan untuk mengatur, membina, mengembangkan, melaksanakan, dan mengawasi penyelenggaraan keolahragaan di daerah.

¹¹ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Promosi Kesehatan, <http://promkes.kemkes.go.id/promosi-kesehatan>, diakses pada 12 Maret 2019.

- b. Cuci tangan pakai sabun (CTPS);
- c. Mengkonsumsi makanan sehat seperti buah dan sayur;
- d. Tidak membuang sampah sembarangan;
- e. Melakukan kerja bakti untuk menciptakan lingkungan sehat;
- f. Menggunakan pelayanan kesehatan; dan menjalankan gaya hidup sehat bersama anggota keluarga.

Konsep tersebut diterapkan di masyarakat, baik di lingkungan sekolah maupun di tempat kerja. Promosi kesehatan melalui komunitas sekolah dirasa cukup efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat, karena pada usia sekolah sangat baik untuk diberikan edukasi dan pemahaman mengenai PHBS. Penerapan promosi kesehatan di tempat kerja bisa memberikan dampak positif terhadap lingkungan kerja dan masyarakat, dan diharapkan bisa meningkatkan produktivitas kerja dan menciptakan lingkungan kerja yang sehat. Segala aktivitas promosi kesehatan memiliki tujuan memberikan informasi bagi masyarakat terkait segala hal yang bertujuan pada peningkatan kualitas kesehatan, baik kesehatan individu maupun masyarakat.

Upaya pelayanan kesehatan saat ini sering kali dipahami sebagai upaya kuratif dan rehabilitatif dan tidak mengedepankan upaya kesehatan promotif dan preventif, namun hal tersebut tidaklah benar. Dilihat dari peran dan fungsi tenaga medis dan fasilitas kesehatan berikut adanya program jaminan kesehatan yang lebih mengedepankan pengobatan dan pemulihan kondisi penderita penyakit, tentu upaya promotif dan upaya preventif tampak dikesampingkan. Perlu dipahami bahwa kesehatan berkaitan luas dengan banyak unsur dan kesehatan tidak semata-mata berkaitan dengan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan maupun obat-obatan. Peningkatan kesadaran masyarakat yang merupakan tujuan utama pelaksanaan pelayanan kesehatan promotif dan preventif sejauh ini dapat dikatakan belum berhasil dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan masih tingginya masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan dikarenakan perilaku atau gaya hidup yang tidak mengedepankan kesehatan.

Selain itu, permasalahan hukum sering kali dialami oleh dokter, perawat dan bidan. Dalam suatu pelayanan kesehatan, khususnya penanganan penyakit perlu dipahami tentang adanya risiko medis. Pemahaman ini tentu menuntut kesadaran masyarakat untuk lebih peduli pada kondisi kesehatannya dan pemberian edukasi

serta penyampaian informasi yang tuntas oleh pemerintah, pemerintah daerah dan tenaga kesehatan. Beragam penyakit yang muncul dan berkembang dalam masyarakat, tidak semuanya dikenal dan dapat diperoleh informasinya oleh masyarakat sehingga disinilah peran pemerintah, pemerintah daerah dan tenaga kesehatan untuk memberikan informasi kepada masyarakat. Sebagai contoh adalah penanganan kasus *Steve Johnson Syndrome*¹² yang dianggap sebagai tindakan malpraktik. Maka perlu adanya keterbukaan informasi baik dari pihak tenaga kesehatan yang melakukan penangan pasien dan pihak pasien.

III. PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil kajian, analisis, dan evaluasi UU Kesehatan yang telah dilakukan pemantauan oleh Pusat Pemantauan Pelaksanaan Undang-Undang Badan Keahlian DPR RI, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan UU Kesehatan tidak optimal karena terdapat kendala/masalah terkait aspek substansi hukum, struktur hukum, sarana dan prasarana, pendanaan, dan budaya hukum masyarakat yang diurai sebagai berikut:

1. Aspek Substansi Hukum

Berdasarkan uraian analisis dan evaluasi aspek substansi, terdapat pemetaan masalah substansi/norma dalam UU Kesehatan yang berdasarkan indikator norma yang berpotensi disharmoni, ketidakjelasan rumusan dan inkonsistensi serta berdasarkan aspek ruang lingkup UU Kesehatan seperti diuraikan sebagai berikut:

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
1.	Pasal 1 angka 4 <i>Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.</i>	Definisi sediaan farmasi masih sangat terbatas dan tidak relevan dengan perkembangan yang ada.
2.	Pasal 1 angka 9 <i>Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenik), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun</i>	Definisi obat tradisional tidak relevan dengan perkembangan yang ada.

¹² Sindrom Steven-Johnson (SJS) termasuk penyakit yang cukup jarang di Indonesia, namun merupakan kondisi yang serius. Penyakit ini menyebabkan kulit penderitanya gatal-gatal, melepuh, bahkan sampai mengelupas akibat dari reaksi berlebihan terhadap obat dan infeksi tertentu. Penyakit ini juga dapat mengakibatkan kematian apabila tidak ditangani secara cepat dan serius.

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
	<i>telah digunakan untuk pengobatan dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.</i>	
3.	Pasal 3 <i>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.</i>	Tujuan pembangunan kesehatan belum tercapai karena pembangunan kesehatan masih ditujukan pada upaya kuratif dan rehabilitatif
4.	Pasal 8 <i>Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan</i>	Terdapat potensi disharmoni dengan Pasal 58 ayat (1) UU Tenaga Kesehatan karena dalam UU Tenaga Kesehatan karena tidak mencantumkan adanya kewajiban bagi tenaga kesehatan untuk memberikan informasi terkait data kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan
5.	Bab IV (Tanggung Jawab Pemerintah) Pasal 14 (1) <i>Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.</i> (2) <i>Tanggung jawab Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikhususkan pada pelayanan publik.</i> Pasal 15 <i>Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.</i> Pasal 16 <i>Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.</i> Pasal 17 <i>Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas</i>	Terdapat potensi disharmoni dengan Pasal 12 ayat (1) UU Pemda. Hal ini dikarenakan UU Kesehatan hanya mengatur mengenai tanggung jawab Pemerintah (Pemerintah Pusat), tidak tegas mengatur tanggung jawab pemerintah daerah

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
	<i>pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.</i> Pasal 18 <i>Pemerintah bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.</i> Pasal 19 <i>Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.</i> Pasal 20 <i>(1) Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.</i> <i>(2) Pelaksanaan sistem jaminan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.</i>	
6.	Bab V (Pasal 21 sampai dengan Pasal 29 terkait Tenaga Kesehatan)	Putusan MK Nomor 82/PUU-XIII/2015 menyatakan tenaga medis (dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis) tidak lagi termasuk dalam cakupan tenaga kesehatan. Hal ini berimplikasi pada UU Kesehatan dimana tidak ada nomenklatur tenaga medis.
7.	Pasal 27 ayat (1) dan ayat (3) <i>(1) Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya</i> <i>(3) Ketentuan mengenai hak dan kewajiban tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah</i>	Belum diterbitkannya peraturan pelaksanaan yang merupakan amanat Pasal 27 ayat (3) berimplikasi pada tidak dapat terlaksananya ketentuan Pasal 27 ayat (1) khususnya mengenai perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan.
8.	Pasal 33 dan Pasal 34 Pasal 33 <i>(1) Setiap pimpinan penyelenggaraann fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat harus</i>	Ketentuan tersebut berpotensi disharmoni dengan Pasal 34 ayat (1) UU Rumah Sakit dan Pasal 10 Permenkes Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan karena

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
	memiliki kompetensi manajemen kesehatan masyarakat yang dibutuhkan. (2) Kompetensi manajemen kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Pasal 34 (1) Setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan perseorangan yang dibutuhkan.	menyebabkan multitafsir pemahaman dalam pelaksanaannya
9.	Pasal 35 ayat (1) Pemerintah daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasi di daerahnya	Terdapat ketidaksesuaian antara UU Kesehatan dengan Pasal 19 PP OSS yang dalam berpotensi menimbulkan tumpang tindih kewenangan pemerintah daerah dan kewenangan Lembaga OSS terkait perizinan.
10.	Pasal 46, Pasal 47, Pasal 48 ayat (1) dan Pasal 52 Pasal 46 Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Pasal 47 Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Pasal 48 ayat (1) Penyelenggaraan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 dilaksanakan melalui kegiatan: - pelayanan kesehatan; - pelayanan kesehatan tradisional; - peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit; - penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan; - kesehatan reproduksi; - keluarga berencana; - kesehatan sekolah; - kesehatan olahraga;	Dalam pelaksanaannya, upaya kesehatan promotif dan preventif masih belum optimal.

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
	i. pelayanan kesehatan pada bencana; j. pelayanan darah; k. kesehatan gigi dan mulut; l. penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran; m. kesehatan matra; n. pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan; o. pengamanan makanan dan minuman; p. pengamanan zat adiktif; dan/atau q. bedah mayat. Pasal 52 (1) Pelayanan kesehatan terdiri atas: a. pelayanan kesehatan perseorangan; b. pelayanan kesehatan masyarakat. (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.	
11.	Pasal 58 ayat (2) Tuntutan ganti rugi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat	Pasal 58 UU Kesehatan secara tegas mengatur pengecualian dimana tuntutan ganti rugi tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan dalam keadaan darurat. Namun Pasal 77 UU Tenaga Kesehatan tidak merinci lebih jauh dan jelas apakah semua kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan dapat dimintakan ganti rugi.
12.	Pasal 65 ayat (3) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara penyelenggaraan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah	Munculnya Permenkes Transplantasi Organ tidak bersesuaian dengan amanat Pasal 65 ayat (3) yang mengamanatkan peraturan pemerintah.
13.	Pasal 72 huruf c Setiap orang berhak: c. menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.	Terdapat potensi disharmoni dengan Pasal 1 angka 8 UU PPPK karena UU Kesehatan tidak menjelaskan secara rinci mengenai bereproduksi sehat secara medis tersebut.
14.	Pasal 75 ayat (2) huruf b	Frasa “dapat” dalam ketentuan Pasal 75 ayat (2)

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
	<i>Pasal 75</i> (1) Setiap orang dilarang melakukan aborsi. (2) Larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikecualikan berdasarkan: kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan	huruf b dapat menimbulkan tafsiran “alternatif”
15.	Pasal 76 huruf a Aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 hanya dapat dilakukan: a. sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis;”	Berpotensi disharmoni dengan Pasal 31 ayat (2) PP Kesehatan Reproduksi karena kedua ketentuan tersebut dapat menyebabkan munculnya bermacam interpretasi dalam pelaksanaannya.
16.	Pasal 87 (1) Penyelenggaraan donor darah dan pengolahan darah dilakukan oleh Unit Transfusi Darah. (2) Unit Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau organisasi sosial yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan.	Terdapat inkonsistensi Pasal 87 ayat (1) dan (2) UU Kesehatan dengan Pasal 22 huruf b UU Kepalangmerahan dan inkonsistensi Pasal 87 ayat (2) frasa “dan/atau” dengan Pasal 34 PP Pelayanan Darah
17.	Pasal 98 ayat (1) dan Pasal 111 <i>Pasal 98</i> (1) Sediaan farmasi dan alat kesehatan harus aman, berkhasiat/bermanfaat, bermutu, dan terjangkau <i>Pasal 111</i> (3) Setiap makanan dan minuman yang dikemas wajib diberi tanda atau label yang berisi: a. Nama produk; b. Daftar bahan yang digunakan; c. Berat bersih atau isi bersih; d. Nama dan alamat pihak yang memproduksi atau memasukkan makanan dan minuman ke dalam wilayah Indonesia; dan e. Tanggal, bulan dan tahun kadaluwarsa.	Disharmoni dengan Pasal 1 angka 1 dan Pasal 4 UU Jaminan Produk Halal karena tidak mencantumkan “wajib bersertifikat halal” untuk sediaan farmasi, makanan, dan minuman
18.	Pasal 98 ayat (3) Ketentuan mengenai pengadaan, penyimpanan, pengolahan, promosi, pengedaran sediaan farmasi dan alat kesehatan harus memenuhi standar mutu pelayanan farmasi yang ditetapkan dengan	Peraturan Pelaksanaan pasal ini belum terbit yang menyebabkan ketentuan tersebut tidak dapat dilaksanakan secara maksimal

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
	<i>Peraturan Pemerintah</i>	
19.	Pasal 139 (1) Upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat. (2) Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.	Terdapat perbedaan terminologi penyandang disabilitas dengan Pasal 1 angka 1 UU Penyandang Disabilitas
20.	Pasal 144 ayat (2) (2) Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial	Terdapat perbedaan terminologi penderita gangguan kesehatan jiwa antara UU Kesehatan dengan UU Kesehatan Jiwa
21.	Pasal 156 Pasal 156 (1) Dalam melaksanakan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular sebagaimana dimaksud dalam Pasal 154 ayat (1), Pemerintah dapat menyatakan wilayah dalam keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa (KLB). (2) Penentuan wilayah dalam keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa (KLB) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan berdasarkan hasil penelitian yang diakui keakuratannya. (3) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat melakukan upaya penanggulangan keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa sebagaimana dimaksud pada ayat (2). (4) Penentuan wilayah dalam keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa dan upaya penanggulangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3), dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	Terdapat potensi disharmoni dengan UU PB terkait wabah yang dapat berdampak pada tumpang tindih kewenangan antara BNPB dengan Pemerintah dalam hal penanggulangan wabah.
22.	Pasal 163 ayat (3) Lingkungan sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan, antara lain: a. Limbah cair; b. Limbah padat; c. Limbah gas;	Terdapat potensi disharmoni dengan Pasal 39 PP Kesehatan Lingkungan. Hal ini dikarenakan dalam PP Kesehatan Lingkungan tidak mencantumkan limbah sebagai salah satu unsur yang menimbulkan gangguan

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
	d. Sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan pemerintah; e. Binatang pembawa penyakit; f. Zat kimia yang berbahaya; g. Kebisingan yang melebihi ambang batas; h. Radiasi sinar pengion dan non pengion; i. Air yang tercemar; j. Udara yang tercemar; dan k. Makanan yang terkontaminasi	kesehatan.
23.	Pasal 166 ayat (1) dan ayat (2) (1) Majikan atau pengusaha wajib menjamin kesehatan pekerja melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan serta wajib menanggung seluruh biaya pemeliharaan kesehatan pekerja (2) Majikan atau pengusaha menanggung biaya atas gangguan kesehatan akibat kerja yang diderita oleh pekerja sesuai dengan peraturan perundang-undangan	Terdapat potensi disharmoni dengan Pasal 17 ayat (2), Pasal 22 ayat (2), dan Pasal 27 ayat (1) UU SJSN.
24.	Pasal 167 ayat (4) (1) Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan 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. (2) Pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah. (3) Pengelolaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam suatu sistem kesehatan nasional. (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Presiden.	Sebagai peraturan pelaksanaan dari Pasal 167 ayat (4) tersebut maka pemerintah telah menerbitkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Namun, seharusnya pengaturan mengenai sistem kesehatan nasional diatur dalam peraturan yang lebih tinggi yakni Undang-Undang tentang Sistem Kesehatan Nasional yang menjadi payung hukum dari pengaturan mengenai kesehatan yang berlaku mengingat kesehatan merupakan urusan yang berkaitan dengan banyak sektor dan banyak aturan perundang-undangan.
25.	Pasal 183 Menteri atau kepala dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 182 dalam melaksanakan tugasnya dapat mengangkat tenaga pengawas dengan tugas pokok untuk melakukan pengawasan terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan.	Frasa “dapat” dalam Pasal 183 UU Kesehatan tersebut mengakibatkan belum adanya komitmen dari Menteri atau Kepala Dinas untuk mengangkat tenaga pengawas.
26.	Pasal 188 ayat (2)	Ketentuan tersebut multitafsir

No.	Ketentuan Pasal UU Kesehatan	Keterangan
	<i>Menteri dapat mendelegasikan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada lembaga pemerintah nonkementerian, kepala dinas provinsi, atau kabupaten/kota yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan.</i>	serta tidak memberikan kewenangan yang tegas mengenai pembagian tugas yang jelas antara kementerian/ lembaga dalam melaksanakan tugasnya di bidang kesehatan.
27.	Pasal 190 ayat (1) <i>Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) atau Pasal 85 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah).</i>	Harus diperjelas apa kriteria darurat dalam Pasal 190 ayat (1) UU Kesehatan yang dalam pelaksanaannya dapat ditafsirkan berbeda oleh pasien dan penegak hukum.
28.	Pasal 191 <i>Setiap orang yang tanpa izin melakukan praktik pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (1) sehingga mengakibatkan kerugian harta benda, luka berat atau kematian dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah). ”</i>	Ketentuan sanksi ini belum dapat dilaksanakan karena masih banyak pengobatan tradisional yang belum teruji secara klinis namun dapat melakukan praktik.
29.	Pasal 200 <i>Setiap orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2) dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp. 100.000.000,- (serratus juta rupiah).</i>	Ketentuan sanksi ini belum dilaksanakan oleh penegak hukum

2. Aspek Struktur Hukum/Kelembagaan

a. Mekanisme Kerja dalam Koordinasi Lintas Sektor

- 1) Kewenangan Pemerintah dalam melakukan upaya kesehatan khususnya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat belum secara tegas disebutkan dalam UU Kesehatan, sehingga upaya promotif dan preventif belum optimal diimplementasikan.

- 2) Kurangnya dukungan dari pihak-pihak terkait guna pengembangan kesehatan tradisional seperti pengembangan fasilitas yang sebagaimana didukung dalam pelayanan kesehatan konvensional.
 - 3) Penanganan dengan pendekatan multisektor terhadap permasalahan pemenuhan kebutuhan gizi di Indonesia belum berjalan optimal.
- b. Mekanisme Kerja dalam Koordinasi Pusat dan Daerah
- 1) Terdapat disinkronisasi pelaksanaan program kesehatan di pusat dan daerah akibat diterapkannya kebijakan otonomi daerah.
 - 2) Belum jelasnya pembagian peran pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota terkait pengelolaan kesehatan yang berjenjang, termasuk adanya kewenangan untuk pengawasan dan pemberian sanksi dalam hal pengelolaan kesehatan.
 - 3) Perencanaan akan jumlah tenaga kesehatan oleh pemerintah daerah belum dapat dijalankan dengan baik karena kurangnya kemampuan pemerintah daerah dalam hal menerjemahkan kebijakan kesehatan.
 - 4) Tidak semua pemerintah daerah dapat merealisasikan upaya pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan karena keterbatasan fasilitas dan tingkat kemampuan daerah yang berbeda-beda.
 - 5) Koordinasi antara UTD yang diselenggarakan oleh Pemerintah ataupun pemerintah daerah dengan PMI belum terkoordinasi dengan baik.
 - 6) Urgensi kelembagaan BPKN yang merupakan bagian dari peran serta masyarakat dan kelembagaannya juga bukan bersifat pilihan dengan tidak adanya kata “dapat”, sehingga pembentukan BPKN/BPKD dalam UU Kesehatan merupakan amanat yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah yang memiliki kekuasaan eksekutif pemerintahan.

c. Pengawasan Kesehatan

Kewenangan pengawasan yang diberikan oleh UU Kesehatan merupakan jenis pengawasan melekat pada pejabat untuk mengawasi setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan. Hal ini mengakibatkan lemahnya faktor pengawasan, dimana Pemerintah Pusat hanya menyerahkan sampai pemerintah provinsi, kemudian diserahkan kepada pemerintah kabupaten/kota melalui SOP tersendiri. Selain itu ketersediaan tenaga pengawas di daerah masih minim sehingga fungsi pengawasan belum

dapat berjalan dengan baik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

d. **Penegakan Hukum Kesehatan**

Penegakan hukum di bidang kesehatan masih terkendala dan belum optimal dalam pemberian sanksi antara lain dalam hal ini peran PPNS yang masih sibuk dengan tugas administrasinya sehingga belum fokus kepada penegakan hukum. Selain itu implementasi sanksi pidana dalam UU Kesehatan selama ini hanya sampai vonis percobaan yang belum menimbulkan efek jera bagi pelaku tindak pidana di bidang kesehatan.

3. Aspek SDM dan Sarana dan Prasarana

a. **SDM**

- 1) Masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan, seperti tenaga kesehatan lingkungan dan tenaga promosi kesehatan. Hal ini disebabkan karena masih terdapat daerah yang belum mampu memetakan kebutuhan tenaga kesehatan yang diperlukan di daerahnya.
- 2) Prinsip-prinsip profesionalisme tenaga kesehatan masih terabaikan. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor diantaranya yaitu peningkatan kompetensi yang hanya menjadi tanggung jawab pemerintah dan belum melibatkan pihak lain, belum adanya standar baku kompetensi kerja untuk tenaga kesehatan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan terbatasnya pembiayaan pendidikan dan pelatihan yang mampu dianggarkan melalui APBN/APBD, serta terbatasnya penyelenggara pelatihan yang terakreditasi.
- 3) Ketentuan mengenai mediasi dalam Pasal 29 belum mengatur secara jelas mengenai bagaimana mekanisme mediasi, seperti apa yang harus dilakukan dan lembaga mediasi mana yang harus menyelesaikan. Hal ini yang kemudian berdampak pada kelalaian medis langsung diindikasikan sebagai kesalahan dari tenaga kesehatan dan merupakan perbuatan malpraktik.
- 4) Pemerataan tenaga kesehatan belum optimal terutama di DTPK. Belum meratanya tenaga kesehatan ini berdampak pada kualitas dan akses kesehatan yang tidak optimal.

b. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana dalam upaya pembangunan kesehatan implementasi dari UU Kesehatan dilihat dari akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesejatan rujukan, dan pelayanan kefarmasian dalam regulasinya sudah baik dan mengikuti Permenkes SPM Kesehatan yang mengatur bahwa SPM Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi pemerintah daerah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

Kondisi fasilitas kesehatan sarana prasarana dibidang kesehatan di kota besar lebih baik dibandingkan dengan kondisi sarana prasarana di DTPK. Peran pemerintah daerah setempat juga sudah mengikuti arahan dari pusat dalam upaya pembangunan kesehatan, namun tidak sering terbentur dengan budaya dan kepercayaan masyarakat setempat sehingga tidak mau menggunakan fasilitas kesehatan yang disediakan oleh Pemerintah Daerah setempat.

4. Aspek Anggaran

Persentase alokasi anggaran kesehatan terhadap APBN yang ditetapkan sebesar 5% berdasarkan Pasal 171 ayat (1) UU Kesehatan belum sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh WHO. Kemudian, anggaran kesehatan dari APBN yang masih di bawah ketentuan WHO tersebut masih sebagian besar dianggarkan untuk pelayanan kuratif dan rehabilitatif dalam bentuk pembayaran JKN kepada BPJS Kesehatan terhadap penerima bantuan iuran. Bahkan, pemerintah daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota masih ada yang belum memiliki komitmen kuat untuk melaksanakan pengalokasian sebesar 10% dari APBD daerahnya untuk urusan kesehatan. Permasalahan aspek anggaran, yaitu dalam hal pengalokasian dan pemanfaatan anggaran di bidang kesehatan tersebut tidak sesuai dengan amanat UU Kesehatan, yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

5. Aspek Budaya Hukum

Penekanan peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dalam upaya pembangunan kesehatan terdapat pada ketentuan Pasal 3, Pasal 11, Pasal 141 ayat (2) huruf b, Pasal 143, Pasal 157 ayat (1) dan Pasal 158 ayat (2) UU Kesehatan. Pembentukan perilaku hidup sehat berkaitan dengan kesadaran

dan kemauan individu untuk menjaga dirinya sendiri dan orang-orang disekitarnya untuk tetap sehat hal ini menekankan pada upaya promotif dan preventif dalam kesehatan. Kesehatan berkaitan luas dengan banyak unsur dan kesehatan tidak semata-mata berkaitan dengan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan maupun obat-obatan. Peningkatan kesadaran masyarakat yang merupakan tujuan utama pelaksanaan pelayanan kesehatan promotif dan preventif sejauh ini dapat dikatakan belum berhasil dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan masih tingginya masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan dikarenakan perilaku atau gaya hidup yang tidak mengedepankan kesehatan.

B. REKOMENDASI

1. Dalam aspek Substansi Hukum, Pusat Pemantauan Pelaksanaan Undang-Undang Badan Keahlian DPR RI memberikan rekomendasi sebagai berikut:
 - a. Mengubah ketentuan UU Kesehatan: Pasal 1 angka 4; Pasal 1 angka 9; Pasal 3; Pasal 27 ayat (1) dan ayat (3); Pasal 46; Pasal 47; Pasal 48 ayat (1); Pasal 52; Pasal 75 ayat 2 huruf b; Pasal 87 ayat (1) dan (2); Pasal 98 ayat (1); Pasal 98 ayat (3); Pasal 111; Pasal 139; Pasal 144 ayat (2); Pasal 183; Pasal 188 ayat (2); Pasal 190 ayat (1); Pasal 191; dan Pasal 200.
 - b. Melakukan sinkronisasi pengaturan UU Kesehatan dengan ketentuan UU Tenaga Kesehatan, UU Pemda, UU Rumah Sakit, UU PPPK, UU SJSN, UU PB dan Putusan MK Nomor 82/PUU-XIII/2015.
2. Dalam aspek Kelembagaan, rekomendasi yang dapat diberikan yaitu:
 - a. Meningkatkan komitmen Pemerintah maupun pemerintah daerah untuk mengimplementasikan setiap kebijakan di bidang kesehatan;
 - b. Penguatan koordinasi dan kerjasama antar-intansi/lembaga yang diatur di dalam UU Kesehatan;
 - c. Membentuk BPKN sebagai amanat langsung dari diberlakukannya UU Kesehatan; dan
 - d. Mempertegas mekanisme pengawasan dan penegakan hukum dalam UU Kesehatan.
3. Dalam aspek SDM dan Sarana Dan Prasarana, perlu peningkatan komitmen dari Pemerintah maupun pemerintah daerah dalam pemenuhan SDM di bidang kesehatan dan pemenuhan sarana dan prasarana sebagai penunjang akses dan

kualitas pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesejukan rujukan, dan pelayanan kefarmasian guna mendukung pelaksanaan kesehatan di Indonesia.

4. Dalam aspek Anggaran, rekomendasi yang dapat diberikan yaitu:

- a. Mendorong Pemerintah untuk lebih mengeksplorasi sumber-sumber pembiayaan lain untuk bidang kesehatan selain dari APBN, APBD, dan mobilisasi dana JKN dan dimanfaatkan sebagian besar untuk pelayanan promotif dan preventif;
- b. Mendorong Pemerintah untuk menetapkan persentase alokasi anggaran kesehatan yang lebih tinggi dalam APBN dan memprioritaskan pada program preventif dan promosi kesehatan; dan
- c. Perlu adanya sebuah lembaga yang memiliki tugas, fungsi, dan wewenang untuk mengawasi sumber, alokasi, dan pemanfaatan pembiayaan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah terutama pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota.

5. Dalam aspek Budaya Hukum, rekomendasi yang dapat diberikan yaitu dibutuhkan kesadaran masyarakat untuk lebih peduli pada kondisi kesehatannya dan pemberian edukasi serta penyampaian informasi yang tuntas oleh pemerintah, pemerintah daerah dan tenaga kesehatan.