

**LAPORAN AKHIR  
PERENCANAAN PEMBANGUNAN HUKUM NASIONAL  
BIDANG KESEHATAN**



**DIPIMPIN OLEH :**  
**Prof.DR.dr.Agus Purwadianto, SH**



**BADAN PEMBINAAN HUKUM NASIONAL  
DEPARTEMEN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
JAKARTA 2008**

## DAFTAR ISI

	HAL
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ii
<b>BAB I      PENDAHULUAN</b>	1
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	5
C. Out put	5
D. Keanggotaan	5
E. Sistimatika Penulisan	6
<b>BAB II     KONDISI BIDANG KESEHATAN SAAT INI</b>	8
A. Upaya Kesehatan	8
B. Pembiayaan Kesehatan	10
C. Sumberdaya Manusia Kesehatan	13
D. SDM Obat dan Perbekalan Kesehatan	14
E. Pemberdayaan Masyarakat	16
F. Manajemen Kesehatan	18
G. Akses Orang Miskin Terhadap Kesehatan	25
H. Rumah Sakit sebagai Komoditi	26
<b>BAB III    HUKUM KESEHATAN YANG DIKEHENDAKI</b>	28
A. Kondisi Bidang Kesehatan yang Dikehendaki	28
1. Strategi Indonesia Sehat 2010	30
2. Program Unggulan	31
3. Pelayanan Kesehatan Dasar	32
4. Pembangunan Rumah Sakit	33
5. Penyediaan Obat	34
6. Ketersediaan Bahan Baku Obat	37
7. Penindakan Terhadap Maal Praltek	37
8. Peraturan dan Kebijakan Bidang Kesehatan	37
B. Perangkat Hukum yang Dibutuhkan	38
1. Materi Pengaturan	39
2. Ketersediaan SDM & Aparatur Penegakan Hukum	41
3. Budaya Hukum	42
4. Pengembangan Potensi Kesehatan	42
<b>BAB IV    PERENCANAAN PEMBANGUNAN HUKUM NASIONAL             BIDANG KESEHATAN</b>	43 44
I. PERENCANAAN JANGKA PANJANG	44
A. Penyediaan Tenaga Kesehatan	44
B. Kemajuan Teknologi Kesehatan	45
C. Penanganan Wabah	47
D. Pembuatan Standar pelayanan Kesehatan	48
II Perencanaan Jangka Pendek	48
A. Pendayaagunaan Modal & Tenaga Kerja Asing	48
B. Peran Pemerintah	49
C. Kewajiban Pemerintah	49

D. Underlying Determinant Kesehatan	50
E. Peran Serta Masyarakat	51
F. Fasilitasi Pelayanan Kesehatan	51
G. Penyediaan Obat-obatan	52
H. Pembuatan Peraturan & Kebijakan	53
I. Penegakan Hukum	55
J. Pengenaan Sanksi	55
K. Pelaksanaan Kegiatan Kesehatan	56
L. Penyuluhan Kesehatan & Penyuluhan Hukum Kesehatan	57
M. Pemberian Insentif	58
<b>BAB V PENUTUP</b>	<b>59</b>
A. KESIMPULAN	59
B. REKOMENDASI	60
DAFTAR PUSTAKA	61

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, dengan rahmat dan karunia-Nya, Laporan Akhir Tim Perencanaan Pembangunan Hukum Nasional bidang kesehatan tahun 2008 dapat diselesaikan. Tim bekerja berdasarkan Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor. PHN.1-22.HN.01.06.Tahun 2008 tanggal 6 Maret 2008.

Supremasi hukum yang ditopang oleh system yang adil merupakan salah satu tuntutan reformasi yang harus diwujudkan untuk perbaikan kehidupan berbangsa, bernegara dan bermasyarakat. Pembangunan hukum harus diselaraskan dengan kebutuhan bangsa dan Negara bidang lainnya, antara lain bidang kesehatan. Kesehatan sebagai salah satu unsur penting bagi eksistensi dan kemajuan suatu negara, harus mendapat perhatian dan perlindungan hukum, karena perkembangannya cukup kompleks. Pengaturan hukum untuk bidang kesehatan perlu dilakukan secara berencana, terpadu dan sistimatis.

Negara sebagai institusi yang dibentuk untuk mencerdaskan bangsa, berperan sangat besar untuk melindungi kesehatan seluruh masyarakatnya termasuk dari perilakunya, kondisi lingkungan dan serangan penyakit-penyakit menular yang (seringkali membahayakan bahkan dapat mematikan). Pada sisi lain era globalisasi yang disertai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta kesadaran masyarakat maju akan pentingnya kesehatan, memunculkan pula era pelayanan kesehatan tingkat tinggi yang cenderung bersifat komersial.

Untuk itu hukum harus berupaya mengatur dan memberikan koridor-koridor yang jelas, agar kedua bentuk pelayanan kesehatan tersebut di atas tetap dapat dilaksanakan, untuk mencapai kesejahteraan dan keadilan Oleh karena itu PPHN bidang Kesehatan sangat penting untuk mewujudkan sinergi antara perencanaan pembangunan bidang hukum dengan pembangunan bidang kesehatan.

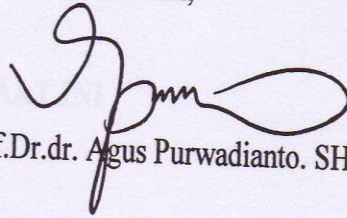


## DAFTAR ISI

Akhirnya, dengan selesainya laporan akhir ini, kami mengucapkan terima kasih kepada Bapak Kepala Badan Pembinaan Hukum Nasional Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia yang telah memberikan kepercayaan kepada kami. Terima kasih juga kepada semua pihak, khususnya anggota tim yang telah membantu penyelesaian laporan ini.

Jakarta, Desember 2008

Ketua tim,



Prof.Dr.dr. Agus Purwadianto. SH.

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Indonesia adalah negara kepulauan dengan iklim sub tropik terletak di khatulistiwa, yang diapit oleh dua samudera (Samudera Hindia dan Samudera Pasifik) dan dua benua (Benua Asia dan Benua Australia), sehingga Nusantara merupakan wilayah perlintasan perdagangan dunia. Dalam era globalisasi, lalu lintas orang dan barang semakin hari semakin besar dan intens, seiring dengan meningkatnya intensitas perdagangan dunia.

Lalu lintas barang dan orang yang melintasi wilayah Indonesia pada satu sisi memiliki dampak positif karena mendorong meningkatkan aktivitas perekonomian nasional. Namun pada sisi lain juga membawa dampak negatif, misalnya : menjadi rawan dari lalu lintas perdagangan gelap, dalam bidang kesehatan, diantaranya, Indonesia menjadi wilayah rentan terhadap persebaran penyakit dari manca negara melalui media perdagangan tersebut.

Disamping itu sebagai pemilik hutan hujan tropis, perubahan iklim global semakin terasa pengaruhnya, diantaranya semakin seringnya muncul penyakit-penyakit baru yang sebelumnya tidak di kenal di Indonesia. Demikian pula terjadinya penyebaran penyakit-penyakit yang sebelumnya dapat diminimalisasi atau dihilangkan di Indonesia, seperti Polio, muncul kembali.

Disamping itu, terjadinya perubahan suhu udara, kelembaban dan kecepatan angin dapat meningkatkan populasi, dan memperluas penyebaran vektor dan memperpanjang umur vektor sehingga bisa meningkatkan kasus

penyakit menular.<sup>[1]</sup> Selanjutnya dikatakan bahwa penyakit-penyakit yang ditularkan melalui vektor, seperti demam berdarah dengue, pes dan filariosis sangat sensitif terhadap perubahan cuaca.<sup>[2]</sup>

Dari uraian di atas menunjukkan bahwa lalu lintas orang dan barang serta perubahan iklim dapat menjadi salah satu sebab meningkatnya jumlah penyakit di Indonesia. Dengan kondisi ekonomi sebagian warga masyarakat kurang baik (masih dililit kemiskinan), kesehatan menjadi sesuatu sangat mahal bagi sebagian besar rakyat Indonesia.

Negara sebagai institusi yang dibentuk untuk melindungi rakyat, berperan sangat besar untuk melindungi masyarakatnya termasuk dari serangan penyakit-penyakit menular yang (seringkali membahayakan bahkan dapat mematikan). Negara adalah satu-satunya institusi yang mampu melindungi rakyat dari penyakit-penyakit membahayakan rakyat secara masal.

Dengan kemampuan yang dimilikinya, negara harus membuat berbagai kebijakan yang **pro-rakyat** di bidang (pelayanan) kesehatan. Peraturan perundang-undangan adalah salah satu sarana Pemerintah membuat kebijakan untuk melindungi masyarakat dari penyebaran penyakit menular dan membahayakan. Perlindungan meliputi juga pencegahan, penanganan hingga penyediaan obat untuk penyembuhan penyakit. Berbagai upaya tersebut harus dilakukan secara berencana, sistimatis dan terpadu agar diperoleh hasil secara maksimal.

Akan tetapi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, muncul pula era pelayanan kesehatan tingkat tinggi yang cenderung bersifat komersial.

Dengan globalisasi, kebutuhan akan pelayanan kesehatan tingkat tinggi semakin dibutuhkan terutama bagi kalangan-kalangan tertentu, kesehatan bukan hanya untuk pengobatan semata, tetapi untuk kepentingan pencegahan, sehingga mereka bersedia mengeluarkan biaya besar untuk keperluan tersebut. Kenyamanan ruang perawatan, kecanggihan peralatan, pelayanan kelas utama menjadi dasar pemilihan pelayanan kesehatan. Bahkan terdapat kecenderungan untuk memperolehnya ke luar negeri, apabila di dalam negeri tidak tersedia. Bentuk pelayanan semacam itu perlu pula diatur karena keberadaannya semakin eksis dengan tingkat kebutuhan yang semakin tinggi pula. Keberadaannya perlu diperhatikan agar bermanfaat pula bagi pembangunan bidang kesehatan di masa yang akan datang.

Untuk itu hukum harus berupaya mengatur dan memberikan koridor-koridor yang jelas, agar kedua bentuk pelayanan kesehatan tersebut di atas tetap dapat dilaksanakan, tetapi tetap disesuaikan dengan asas keadilan. Posisi hukum yang sangat strategis yang telah menempatkannya sebagai sesuatu yang utama (supreme) dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara sesungguhnya merupakan upaya sadar bangsa Indonesia setelah mengalami krisis multidimensional yang berkepanjangan. Kegagalan otorisme kekuasaan, tidak adanya transparansi dan akuntabilitas pemerintah kepada rakyat serta munculnya berbagai penyimpangan dan penyalahgunaan wewenang di masa lampau yang tidak menjamin terselenggaranya ketertiban dan keadilan ternyata telah menyadarkan kita semua akan arti penting tegaknya asas kedaulatan hukum (supremasi hukum).[\[3\]](#)



Hal ini penting sebab pada dasarnya kesehatan adalah merupakan hak semua warga negara untuk mendapatkannya, baik dia kaya maupun miskin, di kota maupun pedesaan. Kesehatan harus diatur agar rakyat kebanyakan tetap mendapatkan pelayanan kesehatan secara baik, sementara keinginan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi kalangan tertentu tetap juga diakomodasi, akan tetapi kedua bentuk pelayanan tersebut harus saling mengisi satu dengan yang lain.

Oleh karena itu pembangunan bidang kesehatan harus didukung dengan pembangunan bidang hukum, dengan bentuk kolaborasinya berupa perencanaan pembangunan hukum kesehatan. Perencanaan Pembangunan Hukum nasional di bidang Kesehatan semakin penting sebab dalam pembuatan hukum hingga pelaksanaannya, hukum kesehatan selalu berkaitan dengan bidang lainnya, sehingga bersifat multidisipliner. Dengan adanya perencanaan yang bersifat lintas sektoral diharapkan pembangunan hukum nasional bidang kesehatan dapat selaras dan serasi dengan perencanaan pembangunan nasional.

Untuk itu Badan Pembinaan Hukum Nasional, Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia memandang perlu membentuk tim kerja untuk membuat perencanaan-perencanaan pembangunan hukum nasional di bidang kesehatan, agar pengembangan hukum di bidang kesehatan di masa yang akan datang semakin berencana, sistimatis dan terpadu, sesuai pula dengan realita yang ada.

## **B. Maksud dan Tujuan**

Maksud diadakannya tim kerja Perencanaan Pembangunan Hukum Nasional Bidang Kesehatan adalah membuat pemikiran mengenai hal-hal apa saja yang diperlukan bagi penyusunan rencana pembangunan hukum nasional khususnya di bidang kesehatan agar dapat diarahkan menjadi pembangunan yang berencana, sistimatis dan terpadu.

Tujuannya dalam jangka pendek sebagai bahan masukan bagi seminar perencanaan pembangunan hukum nasional dan masukan bagi para pengambil kebijakan dalam pembanguan hukum jangka menengah serta dalam jangka menengah sebagai bahan masukan bagi terwujudnya pembangunan sistem hukum nasional secara berencana, terpadu dan sistimatis khususnya di bidang kesehatan.

## **C. Output**

Tersedianya bahan-bahan pemikiran bagi kepentingan perencanaan pembangunan hukum nasional di bidang kesehatan secara komprehensif dan saling sinergis antara perencanaan pembangunan bidang kesehatan dengan perencanaan pembangunan bidang hukum untuk mendukung rencana pembangunan nasional jangka menengah dan jangka panjang.

## **D. Keanggotaan**

Keanggotaan tim terdiri dari berbagai kalangan yang dalam tugasnya mempunyai keterkaitan dengan pembangunan bidang kesehatan dan hukum, yaitu :

- Ketua : Prof.Dr.dr.Agus Purwadianto, SH.
- Sekretaris : Edi Suprpto, SH.MH
- Anggota : 1.Prof.Dr.Veronica Komalawati, SH.LLM  
2.Dr.dr.Herkutanto, SpF,SH.LLM  
3. Prof.Dr.Nuning Kiptiyah  
4, Drs.Qishas Rahman, MM.APT  
5. dr.Marius Widjajarta  
6. Yudarini Prioutomo, SH..M.Kes  
7. Heru Baskoro, SH.MH  
8.Artiningsih, SH  
9. Sukesti Iriani, SH.MH  
10.Dadang Iskandar, S.Sos.

## **E. Sistimatika Penulisan**

### **BAB I**

Menguraikan mengenai latar belakang mengapa perlu dibentuk tim kerja mengenai perencanaan pembangunan hukum nasional di bidang kesehatan, maksud dan tujuannya, dan out put yang dihasilkannya.

### **BAB II**

Memberikan gambaran keadaan saat ini pengaturan mengenai bidang Kesehatan, kendala-kendala yang dihadapi, perlindungan dan hubungan antara tenaga medis dengan pasien (sebagai konsumen), dan berbagai factor yang mempengaruhi keadaan tersebut serta hal-hal lain yang berkaitan,

sehingga kondisi yang ada seperti saat ini.

### **BAB III**

Membahas kondisi (hukum) bidang kesehatan dan kondisi bidang kesehatan yang dikehendaki di masa datang, sehingga kesehatan sebagai salah satu kebutuhan dasar manusia dapat terwujud. Di samping itu memperhatikan pula perkembangan bidang kesehatan dalam penggunaan teknologi yang sangat maju serta kecenderungan komersialisasi bidang kesehatan.

### **BAB IV**

Membreakdown lebih jauh berbagai perangkat hukum yang dibutuhkan untuk mewujudkan keadaan yang dikehendaki dalam bentuk pemikiran-pemikiran secara berencana, sistimatis dan terpdu baik untuk jangka pendek menengah maupun jangka panjang

### **BAB V**

Memberikan kesimpulan dan berbagai rekomendasi dari pembahasan pada bab-bab sebelumnya dalam bentuk pointer agar mudah dicermati lebih lanjut.

## **BAB II**

### **Kondisi Bidang Kesehatan Saat Ini**

Analisis situasi dan kecenderungan perkembangan berbagai aspek yang mempengaruhi pencapaian dan kinerja sistem kesehatan nasional di Indonesia secara singkat dapat diuraikan sebagai berikut (Sumber: Depkes RI, 2008. Sistem Kesehatan Nasional):

#### **A. Upaya kesehatan**

Upaya kesehatan di Indonesia belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang bersifat peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif) masih dirasakan kurang.

Jumlah sarana dan prasarana kesehatan masih belum memadai. Tercatat jumlah Puskesmas untuk seluruh Indonesia sebanyak 7.237 unit, Puskesmas Pembantu sebanyak 21.267 unit dan Puskesmas Keliling 6.392 unit. Untuk rumah sakit terdapat sebanyak 1.215 RS, terdiri dari 420 RS milik pemerintah, 605 RS milik swasta, 78 RS milik BUMN dan 112 RS milik TNI & Polri, dengan jumlah seluruh tempat tidur sebanyak 130.214 buah. Penyebaran sarana dan prasarana kesehatan belum merata. Rasio sarana dan prasarana kesehatan terhadap jumlah penduduk di luar pulau Jawa lebih baik dibandingkan dengan di Pulau Jawa. Hanya saja keadaan transportasi di luar Pulau Jawa jauh lebih buruk dibandingkan dengan Pulau Jawa. Meskipun



sarana pelayanan kesehatan dasar milik pemerintah seperti Puskesmas telah terdapat di semua kecamatan dan ditunjang paling sedikit oleh tiga Puskesmas Pembantu, namun upaya kesehatan belum dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat. Indonesia memang masih menghadapi permasalahan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Diperkirakan hanya sekitar 30% penduduk yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Selanjutnya meskipun rumah sakit telah terdapat di hampir semua kabupaten/kota, namun sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan juga belum dapat berjalan dengan semestinya.

Sementara itu berbagai sarana pelayanan yang dikelola oleh sektor lain di luar kesehatan, termasuk yang dikelola oleh TNI/POLRI dan BUMN, sekalipun telah memberikan kontribusi yang besar dalam pembangunan kesehatan, namun dalam kenyataannya belum sepenuhnya merupakan bagian integral dari upaya kesehatan secara keseluruhan.

Potensi pelayanan kesehatan swasta dan upaya kesehatan berbasis masyarakat yang semakin meningkat, belum didayagunakan sebagaimana mestinya. Sementara itu keterlibatan dinas kesehatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat dan keterkaitannya dengan pelayanan rumah sakit sebagai sarana pelayanan rujukan masih dirasakan sangat kurang.

Dengan keadaan seperti ini tidak mengherankan bila derajat kesehatan masyarakat di Indonesia belum memuaskan. Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu masih tinggi, yakni masing-masing 50/1000 kelahiran hidup (Susenas 2001) dan 373/100.000 kelahiran hidup (SKRT 1995). Sedangkan umur harapan hidup masih rendah, yakni rata-rata 66,2 tahun (tahun 1999). Kondisi ini berakibat pada masih rendahnya Indeks Pembangunan Manusia (HDI) Indonesia, yang menduduki urutan ke 112 dari 175 negara (UNDP,2003).

## **B. Pembiayaan kesehatan**

Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu hanya rata-rata 2,2% dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau rata-rata antara USD 12-18 per kapita per tahun. Persentase ini masih jauh dari anjuran Organisasi Kesehatan Sedunia yakni paling sedikit 5% dari PDB per tahun. Tiga puluh persen dari pembiayaan tersebut bersumber dari pemerintah dan sisanya sebesar 70% bersumber dari masyarakat termasuk swasta, yang sebagian besar masih digunakan untuk pelayanan kuratif. (perlu tahun datanya). Biaya infrastruktur atau biaya program

Pengalokasian dana bersumber pemerintah yang dikelola oleh sektor kesehatan sampai saat ini belum begitu efektif. Dana pemerintah lebih banyak dialokasikan pada upaya kuratif dan sementara itu besarnya dana yang dialokasikan untuk upaya promotif dan preventif sangat

terbatas. Pembelanjaan dana pemerintah belum cukup adil untuk mengedepankan upaya kesehatan masyarakat dan bantuan untuk keluarga miskin.

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat ( Jamkesmas ) tahun 2008 yang dilakukan antara lain dengan mengirimkan tagihan (klaim) langsung dari kas negara ke rumah sakit ternyata berhasil menghemat (mengefisienkan) uang negara sebesar 1,464 trilyun rupiah. Oleh karena itu program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu dengan sasaran 76,4 juta jiwa ini akan dilanjutkan pada tahun 2009 dengan menggunakan manajemen yang sama seperti manajemen tahun 2008. Jamkesmas tahun 2009 dianggarkan dari APBN dengan jumlah yang sama tahun 2008.[\[4\]](#)

Dana Jamkesmas yang dikirim Depkes ke rumah-rumah sakit daerah yang melayani masyarakat miskin dan tidak mampu adalah dana bantuan sosial (Bansos), bukan pendapatan rumah sakit. Seharusnya dana Bansos itu digunakan langsung oleh rumah sakit untuk melayani masyarakat miskin dan tidak mampu. Jadi tidak benar bila Bansos dianggap sebagai pendapatan asli daerah (PAD),

Masyarakat miskin di daerah yang tidak mempunyai Kartu Jamkesmas (di luar kuota Nasional) menjadi tanggungan pemerintah daerah. Masyarakat miskin tersebut mempunyai hak yang sama dalam pelayanan kesehatan dengan masyarakat miskin yang memiliki Kartu Jamkesmas. Namun

dengan pembiayaan dari pemerintah daerah melalui APBD,[5].

*Terjadi peningkatan peserta askeskin tahun 2005, 36 juta, 2006 60 juta, 2007 berjumlah 76,4 juta tahun 2008 76,4 juta.*

*SJSN harus efektif pada tahun 2009, saat inisudah dibentuk Dewan SJSN.*

Mobilisasi sumber pembiayaan kesehatan dari masyarakat masih terbatas serta bersifat perorangan (*out of pocket*). Jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan masih terbatas, yakni kurang dari 20% penduduk. Metoda pembayaran kepada penyelenggara pelayanan masih didominasi oleh pembayaran tunai sehingga mendorong penyelenggaraan dan pemakaian pelayanan kesehatan secara berlebihan serta meningkatnya biaya kesehatan. Demikian pula penerapan teknologi canggih dan perubahan pola penyakit sebagai akibat meningkatnya umur harapan hidup akan mendorong meningkatnya biaya kesehatan yang tidak dapat dihindari.

Tingginya angka kesakitan juga berdampak terhadap biaya kesehatan yang pada gilirannya akan memperberat beban ekonomi. Hal ini terkait dengan besarnya dana yang harus dikeluarkan untuk berobat, serta hilangnya pendapatan akibat tidak bekerja. Sebagai contoh beban dan atau kerugian ekonomi yang diakibatkan penyakit TBC di Indonesia diperkirakan tidak kurang dari Rp 2,5 triliun per tahun.

Sementara itu anggaran pembangunan berbagai sektor lain belum sepenuhnya mendukung pembangunan kesehatan. Anggaran pembangunan sektor pertanian misalnya tidak memperhitungkan biaya penanggulangan efek samping penggunaan pestisida. Demikian pula untuk biaya penanggulangan dampak pencemaran lingkungan yang ditemukan antara lain pada sektor perhubungan, perindustrian dan pertambangan.

*Bandingkan juga anggaran bidang pendidikan yang mencapai 20 % dari APBN. Pada negara-negara maju perbandingan anggaran bidang pendidikan dengan bidang kesehatan tidak terlalu jauh.*

### **C. Sumberdaya Manusia Kesehatan**

Jumlah sumberdaya manusia (SDM) kesehatan belum memadai. Rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter setiap tahun sekitar 2.500 dokter baru, sedangkan rasio dokter terhadap jumlah penduduk 1:5000. Produksi perawat setiap tahun sekitar 40.000 perawat baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2.850. Sedangkan produksi bidan setiap tahun sekitar 600 bidan baru, dengan rasio terhadap jumlah penduduk 1:2.600. Namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas.



Penyebaran SDM Kesehatan juga belum menggembirakan, sekalipun sejak tahun 1992 telah diterapkan kebijakan penempatan tenaga dokter dan bidan dengan sistem PTT. Tercatat rasio dokter terhadap Puskesmas untuk kawasan Indonesia bagian barat, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah bagian timur. Rasio tenaga dokter terhadap Puskesmas di Provinsi Sumatera Utara = 0,84 dibanding dengan Provinsi NTT = 0,26 dan Provinsi Papua = 0,12.

Mutu SDM Kesehatan masih membutuhkan pembenahan. Hal ini tercermin dari kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang belum optimal.

Menurut SUSENAS 2001, ditemukan 23,2% masyarakat yang bertempat tinggal di Pulau Jawa dan Bali menyatakan tidak/kurang puas terhadap pelayanan rawat jalan yang diselenggarakan oleh rumah sakit pemerintah di kedua pulau tersebut.

#### **D. Sumberdaya Obat dan Perbekalan Kesehatan**

Industri farmasi di Indonesia telah sejak lama berhasil dikembangkan. Tercatat jumlah industri farmasi di Indonesia sebanyak 198 buah, terdiri dari 34 PMA, 4 BUMN dan 160 PMDN/Swasta Nasional. Jumlah perusahaan yang bergerak dalam distribusi obat (PBF) tercatat sebanyak

1.473 buah. Sedangkan jumlah apotik tercatat sebanyak 6.058 buah serta toko obat sebanyak 4.743 buah. Mutu industri farmasi juga telah berhasil distandarisasi yakni dengan ditetapkannya cara pembuatan obat yang baik (CPOB). Untuk menunjang upaya kesehatan, terutama yang diselenggarakan oleh pemerintah, telah ditetapkan kebijakan obat generik yang mencakup 220 jenis obat. Hal yang masih menjadi masalah di bidang pelayanan kefarmasian, obat. Sediaan farmasi, alat kesehatan, vaksin, kosmetik, perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), insektisida dan reagensia adalah yang menyangkut ketersediaan, keamanan, manfaat, serta mutu dengan jumlah dan jenis yang cukup serta terjangkau merata dan mudah diakses oleh masyarakat.

Pengawasan perbekalan dan alat kesehatan sejak dari produksi, distribusi sampai dengan pemanfaatannya belum dilakukan dengan optimal.

Sedangkan peangadaannya untuk sarana kesehatan pemerintah belum sesuai dengan kebutuhan.

registrasi obat dan makanan tanpa uji laboratorium, masih sering terjadi. Obat dan makanan tanpa registrasi juga kerap terdengar. Disamping itu peredaran obat dan makanan dengan tanpa mengindahkan aturan pelabelan yang benar masih sering terjadi. Hal itu antara lain disebabkan PEMBUATAN standar nasional Indonesia (SNI) makanan dan minuman serta obat masih sering didasarkan pada uji pustaka, bukan didasarkan pada hasil uji laboratorium ..

Timbulnya berbagai masalah tersebut di atas tidak terlepas dari masih lemahnya penegakan hukum dan sanksi bagi para pelanggarnya. Sanksi seperti pencabutan registrasi dan pemusnahan produk harus diterapkan secara konsekuen agar membuat jera para pelanggarnya, karena yang menjadi taruhannya adalah nyawa manusia. Kondisi tersebut harus diperkuat dengan fungsi pengawasan label obat yang terpadu, tidak tumpang tindih dalam kewajiban mencantumkan nama generik dan harga eceran tertinggi ( het ). Obat-obatan yang dipromosikan juga harus diawasi agar tidak menjadi ajang penipuan bagi masyarakat awam yang tidak mengenal khasiat suatu obat.

#### **E. Pemberdayaan Masyarakat**

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat. Untuk itu berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat banyak didirikan, antara lain dalam bentuk Posyandu yang berjumlah sekitar 240.000 buah, 33.083 polindes, 12.414 Pos Obat Desa, serta 4.094 Pos Upaya Kesehatan Kerja. Sedangkan dalam pembiayaan kesehatan, pemberdayaan masyarakat diwujudkan melalui bentuk dana sehat yang berjumlah 23.316 serta berbagai yayasan peduli dan penyandang dana kesehatan seperti Yayasan Kanker Indonesia, Yayasan Jantung Indonesia, Yayasan Thalasemia Indonesia, serta Yayasan Ginjal Indonesia.

Dalam rangka mempercepat tercapainya Indonesia Sehat 2010, pemberdayaan masyarakat dilaksanakan pula dalam berbagai bentuk, seperti Koalisi Sehat Indonesia, Gebrak Malaria, Gerduna TB, Gerakan Sayang Ibu, gerakan anti madat serta gerakan pita putih (Kesehatan Ibu dan gerakan pita merah (Gerakan Nasional Penanggulangan HIV/AIDS).

Sayangnya pemberdayaan masyarakat dalam arti mengembangkan kesempatan yang lebih luas bagi masyarakat dalam mengemukakan pendapat dan mengambil keputusan tentang kesehatan masih dilaksanakan secara terbatas. Kecuali itu lingkup pemberdayaan masyarakat masih dalam bentuk mobilisasi masyarakat. Sedangkan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pelayanan. Advokasi kesehatan serta pengawasan sosial dalam program pembangunan kesehatan belum banyak dilaksanakan.

Jaringan kemitraan antara sektor pemerintah dan swasta belum dikembangkan secara optimal. Program-program kemitraan pemerintah dan swasta (Public private mix) masih dalam tahap perintisan. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian dan rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan..

## **F. Manajemen Kesehatan**

Keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, dukungan hukum kesehatan serta administrasi kesehatan.

Selama ini sistem informasi manajemen kesehatan telah berhasil dikembangkan. Sistem tersebut mencakup antara lain sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMUS), Sistem Informasi Manajemen rumah sakit (SIMRS), sistem informasi manajemen kepegawaian (SIMKA), sistem surveilans penyakit menular, sistem surveilans penyakit tidak menular serta sistem jaringan penelitian dan pengembangan kesehatan nasional (JPPKN). Dengan berlakunya kebijakan desentralisasi berbagai sistem informasi ini perlu ditinjau dan ditata ulang.

Penerapan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan telah dilaksanakan sesuai dengan perkembangan. Penerapan tersebut diutamakan pada IPTEK tepat guna untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama (PUSKESMAS) serta IPTEK canggih untuk pelayanan kesehatan rujukan. Pada saat ini banyak rumah sakit di Indonesia, terutama rumah sakit kelas A dan kelas B pendidikan telah dilengkapi berbagai peralatan kedokteran mutakhir. Mengingat tantangan yang besar pada era globalisasi, maka untuk hasil yang optimal, berbagai kemajuan IPTEK ini perlu dikembangkan secara lebih terarah dan sistematis.



Hukum Kesehatan, terutama menyangkut upaya kesehatan masyarakat, secara bertahap telah dikembangkan. Hukum tersebut antara lain tertuang dalam Undang-undang nomor 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, Undang-undang nomor 1 tahun 1962 tentang Karantian laut, Undang-Undang nomor 2 tahun 1962 tentang Karantina Udara, Undang-undang nomor 5 tahun 1997 tentang Psikotropika, Undang-undang nomor 22 tahun 1997 tentang Narkotika, Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

seharusnya ada 29 Peraturan Pelaksanaan, akan tetapi yang ada saat ini kurang dari 8 PP, termasuk belum adanya standar profesi , standar pelayanan medis dan standar pelayanan rumah sakit

Peraturan perundang-undangan Terkait lainnya

\*Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1998 tentang Perlindungan Konsumen

•Undang-Undang No 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional

•Undang-Undang No 29 tahun 2004 Praktek Kedokteran no 29 th 2004

•Undang-Undang No 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

•Undang-Undang No 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah

•Undang-Undang No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

•Undang-Undang No 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 - 2025

- peraturan peraturan Menteri kesehatan, Badan POM dan perda-perda yang dibuat oleh pemerintah daerah

Mengingat kesadaran hukum masyarakat makin meningkat, maka pada masa mendatang hukum kesehatan tersebut perlu dikembangkan, sehingga dapat dijamin kepastian hukum bagi semua pihak yang terkait dengan SKN.

Berbagai ketentuan tentang hukum kesehatan perlu terusdikembangkan karena perubahan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sangat cepat, sehingga hukum kesehatan harus terus mengikuti agar tidak tertinggal jauh dengan kebutuhan masyarakat akan kesehatan yang semakin hari semakin meningkat.

Adminstrasi kesehatan, yang mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban pembangunan kesehatan diberbagai tingat dan bidan, sudah dikembangkan. Pada saat ini telah disusun berbagai panduan administrasi kesehatan, termasuk didalamnya Rencana Pembagnunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.. Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004 serta sistem perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu (P2KT). Pada masa yang akan datang berbagai panduan ini perlu disempurnakan seperti sistem penganggaran yang berbasis kinerja, untuk selanjutnya

dilengkapi dengan panduan tentang Kewenangan Wajib serta Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam rangka desentralisasi.

----- (Sumber: Wajah Buram Kesehatan Bangsa Kita: Dr.Ari Fahrial Syam SpPD-KGEH,MMB; PB-PAPDI-Staf Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI-RSCM).

Masalah-masalah kesehatan yang muncul sepanjang tahun 2007 antara lain peningkatan berbagai penyakit infeksi, peningkatan penyakit degeneratif dan penyakit yang muncul akibat dampak dari bencana alam baik karena banjir besar, air pasang dan gempa bumi.. Selain itu masalah penyakit busung lapar akibat kelaparan dan kurang gizi serta kejadian luar biasa (KLB) diare juga masih dilaporkan dari beberapa daerah yang ada di wilayah Indonesia .

Berbagai penyakit infeksi antara lain:

Penyakit flu burung yang diakibatkan oleh virus avian flu menjadikan Indonesia negara yang mempunyai kasus flu burung terbanyak dengan kematian. Penyakit HIV AIDS juga mengalami peningkatan yang pesat dibandingkan negara lain tetangga kita, seperti yang diprediksi oleh para pakar. Infeksi Tuberkulosis khususnya TBC paru juga masih menjadi masalah utama. Indonesia masih termasuk dari beberapa negara dunia dengan jumlah kasus terbanyak TBC.

Demam berdarah Dengue (DHF) masih menjadi endemis dan kasusnya selalu ditemukan sepanjang tahun terutama dikota-kota besar. Pengikutsertaan

masyarakat melalui program Juru Pengamat Jentik (Jumantik) seperti di Provinsi DKI Jakarta baru sebatas mengurangi belum mampu menghapus DBD, termasuk di kota besar seperti Jakarta .

Penyakit malaria yang sebenarnya insidens sudah sangat berkurang, dalam beberapa tahun belakangan ini dilaporkan kasusnya meningkat kembali. Peningkatan kembali kasus malaria pada beberapa daerah di Indonesia dihubungkan dengan kondisi lingkungan yang buruk disertai pemanasan global yang saat ini sedang terjadi. Pemanasan global yang berakibat temperatur bumi yang meningkat menyebabkan kondisi yang baik buat nyamuk pembawa penyakit malaria untuk hidup.

Berbagai perkembangan penyakit menular tersebut harus terus dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkesinambungan, agar penanganannya lebih efektif dan efisien. Monitoring dan evaluasi penangan penyakit (apalagi yang bersifat wabah) harus menggunakan cara-cara yang lebih modern disertai dengan peningkatan sumber daya manusia secara berkelanjutan.

Kelaparan yang melanda beberapa daerah juga salah satu factor ditemukannya kasus-kasus kurang gizi atau gizi buruk sampai busung lapar yang terjadi tidak saja di daerah-daerah pulau luar Jawa tetapi juga daerah-daerah di pulau Jawa bahkan ironis anak-anak Balita dengan gizi kurang akibat asupan yang kurang masih ditemukan di Ibukota Jakarta tercinta ini..

Bencana alam baik dampak langsung karena adanya global warming (pemanasan global) maupun karena kondisi geografis Indonesia yang rawan

bencana mengakibatkan terjadinya kerusakan dan kehilangan harta benda dari masyarakat kita. Bencana alam membuat mereka tidak berdaya secara finansial dan dampak langsung dari bencana tersebut sehingga mereka harus hidup ditempat-tempat pengungsian atau hidup dengan kondisi lingkungan yang tidak layak sampai mereka dapat membangun kembali rumah dan kehidupannya. Tentu kondisi lingkungan dan kemiskinan akibat bencana membuat kondisi kesehatan mereka menjadi bertambah buruk.

Selain itu penyakit degeneratif juga semakin banyak ditemukan seperti: penyakit Diabetes Melitus, obesitas, dislipidemia, stroke, penyakit jantung koroner insidens juga semakin meningkat. Peningkatan penyakit degeneratif ini berhubungan dengan gaya hidup masyarakat perkotaan yang cenderung mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan kurang melakukan aktifitas olah raga. Selain itu juga keengganan untuk mengkonsumsi buah dan sayur-sayuran sesuai yang dianjurkan yaitu 5 porsi setiap hari.

Indonesia saat ini menghadapi masalah kesehatan modern Masalah kesehatan modern seperti obesitas, diabetes mellitus, penyakit jantung koroner, dislipidemia (kadar kolesterol darah yang tinggi).

Selain kedua kelompok penyakit besar diatas saat inipun kita sering mendengar keracunan makanan yang terjadi ditengah masyarakat. Pemakaian bahan dan zat beracun yang digunakan didalam makanan dan minuman kita serta beredarnya obat palsu yang menambah buruk kondisi



kesehatan masyarakat kita.

Untuk mengatasi masalah kesehatan, komitmen pemerintah harus tinggi dan menjadikan masalah kesehatan sejajar dengan masalah lain seperti masalah politik, ekonomi dan keamanan. Pertumbuhan ekonomi juga harus diikuti dengan kesejahteraan rakyat khususnya dibidang kesehatan.

Desentralisasi juga merupakan salah satu factor yang menjadi alasan kenapa masalah penanganan kesehatan tidak optimal. Puskesmas dianggap sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan rakyat dan pusat berharap melalui puskesmas dapat melaksanakan programnya langsung kedaerah.

Namun, kondisi yang terjadi saat ini adalah sebagian Pemerintah Daerah (PEMDA) telah menjadikan Puskesmas sebagai Badan Layanan Umum (BLU) yaitu sebagai salah satu pusat pelayanan yang harus dapat menghasilkan uang dan berdiri sendiri dengan penghasilan dari memberikan pelayanan kepada masyarakat. Akibatnya sebagian besar Puskesmas lebih berperan sebagai rumah sakit kecil daripada sebagai ujung tombak pembangunan. Padahal diadakannya Puskesmas baik ditingkat kelurahan maupun kecamatan bukan saja sebagai pusat pelayanan kesehatan pertama kepada masyarakat tetapi juga berperan sebagai ujung tombak pembangunan dan pusat pemberdayaan masyarakat untuk dapat hidup mandiri khususnya, di bidang kesehatan

Keadaan ini kurang mendapat perhatian penyelenggara pemerintahan baik di pusat maupun di daerah, sehingga anggaran kesehatan sangat terbatas, pada akhirnya dapat memperburuk kondisi kesehatan secara umum. Diperparah lagi dengan kondisi perekonomian rakyat yang buruk, dengan makin meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang semakin tinggi.

----- (Sumber: Depkes RI, 2005. Pedoman Penyelenggaraan kabupaten/kota Sehat).

Menurut teori Blum, sebagian besar penyebab kesakitan dan kematian dipengaruhi oleh kondisi lingkungan. Dibawah ini informasi dari Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1986, penyebab utama kematian adalah penyakit infeksi. Sedangkan menurut SKRT 2001, telah bergeser, yaitu: penyebab utama adalah penyakit sirkulasi darah (26.4%), selanjutnya berturut-turut adalah penyakit saluran pencernaan, Typhoid dan diare (15.1%); penyakit respirasi (12.7%), infeksi TB paru (9.4%), kanker (6.0%) dan kecelakaan/injuri (5.6%).

Disamping itu karena perilaku, gaya hidup dan lingkungan, berkembang penyakit tidak menular (PTM). Saat ini 27% laki-laki dan 29% perempuan (25 tahun keatas) menderita hipertensi; 0.3% mengalami penyakit jantung iskemik dan stroke; 1.2% mengalami diabetes; 1,3% laki-laki dan 4.6% perempuan mengalami obesitas; kanker merupakan 6% penyebab kematian; dan kardiovaskular menempati urutan pertama penyebab kematian (SKRT, 1992, 1995 dan 2001) .

## **G. AKSES ORANG MISKIN TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN**

Sebagai negara dengan jumlah orang miskin cukup besar, maka peran pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi orang miskin merupakan salah satu kewajiban pemerintah. Akan tetapi, masih tidak jelasnya pembiayaan kesehatan orang miskin, sistem pembiayaan kesehatan belum memadai, belum adanya standar pelayanan medis, belum adanya standar pelayanan rumah sakit, tidak adanya standar operasional prosedur, rekam medik yang buruk, masalah informed consent, masalah isi rekam medis. Hal tersebut menyebabkan belum tertanganinya dengan baik masalah kesehatan bagi orang miskin.

Kerap terdengar melalui media bahwa akses orang miskin terhadap pelayanan kesehatan masih memprihatinkan. Peristiwa yang menyangkut pelayanan terhadap orang miskin terkesan tidak maksimal. Pada kasus orang miskin yang tidak mendapat pelayanan kesehatan antara lain disebabkan : pembiayaan kesehatan yang besar tersebut dibebankan pada rumah sakit, yang pada satu sisi juga harus mampu menghidupi dirinya sendiri. Sedangkan subsidi pemerintah terhadap orang miskin juga sangat terbatas.

## **H. Rumah Sakit Sebagai Komoditi**

Tidak dapat dipungkiri bahwa bagi orang-orang tertentu, pelayanan kesehatan secara modern, lengkap dan nyaman menjadi dambaan setiap orang. Bagi mereka dana tidak dipersoalkan, yang penting pelayanan kesehatan yang diberikan memuaskan, baik ditinjau dari sudut sumber daya manusianya,

peralatan yang tersedia, maupun pelayanan penunjang lainnya. Kehendak tersebut ditangkap oleh para pebisnis bahwa pelayanan kesehatan dapat juga membuka peluang bisnis yang menguntungkan.

Adanya rumah sakit-rumah sakit dengan peralatan modern dan sumber daya kesehatan yang mumpuni, menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan dapat dikomersialisasikan. Terlebih lagi dengan adanya kerjasama atau bahwa izin pendirian rumah sakit (asing) di Indonesia, semakin menunjukkan bahwa bidang kesehatan di masa depan, dapat pula bersifat komersial.

Adanya Surat keputusan Menteri Perdagangan yang membuka peluang investasi rumah sakit asing di medan dan Surabaya , memberikan gambaran bahwa komersialisasi pelayanan kesehatan sudah dilakukan di Indonesia . Dalam pembukaan izin rumah sakit asing, harusnya dilakukan dengan izin Departemen Kesehatan sebagai pihak yang mempunyai otoritas di bidang kesehatan. Disamping itu perlu pula berkonsultasi dengan kalangan kesehatan di Indonesia seperti organisasi profesi di bidang kesehatan (Ikatan Dokter Indonesia , perhimpunan rumah sakit, dan lain sebagainya). Hal ini penting karena walau bagaimanapun juga pelayanan kesehatan harus mengandung unsur social, tidak bisa semata-mata sebagai entitas bisnis semata.

## **BAB III**

### **Hukum Kesehatan Yang Dikehendaki**

#### **A. Kondisi Bidang Kesehatan Yang Dikehendaki**

Pemerintah Indonesia telah mencanangkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan yang dilandasi Paradigma Sehat. Secara makro paradigma sehat berarti bahwa pembangunan semua sector harus memperhatikan dampaknya di bidang kesehatan.

Pembangunan harus secara umum memberikan kontribusi positif bagi pembangunan lingkungan dan perilaku sehat. Secara mikro pradigma sehat berarti bahwa pembangunan kesehatan lebih menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengenyampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Selaras dengan paradigma sehat tersebut ditetapkan visi Indonesia Sehat 2010 yaitu gambaran masyarakat Indonesia di masa depan, yang penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat serta mampu menjangkau pelayanan yang bermutu, adil, merata serta memiliki derajat kesegataab setinggi-tingginya.

Lingkungan sehat yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman

yang sehat serta terwujudnya masyarakat yang saling tolong menolong dalam memelihara nilai budaya bangsa.

Sedangkan perilaku sehat adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan..

Berkaitan dengan Paradigma Sehat dan visi Indonesia Sehat 2010, maka pembangunan kesehatan tidak dapat dilakukan sendiri oleh sector kesehatan, melainkan harus dilakukan secara kemitraan oleh semua sector dan segenap potensi masyarakat, termasuk LSM, Organisasi Kemasyarakatan, Organisasi Profesi dan kalangan Swasta.

Untuk mewujudkan Indonesia sehat, factor-faktor pendukungnya juga perlu mendapatkan prioritas. Presiden Susilo Bambang Yudhoyono pernah menegaskan, prioritas pembangunan kesehatan saat ini adalah penyediaan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia .. Kita juga ingin meningkatkan pemenuhan ketersediaan dan keterjangkauan obat-obatan termasuk obat generik esensial yang banyak dibutuhkan masyarakat. Terus meningkatkan kualitas dan kuantitas tenaga medis agar benar-benar dapat memberikan pelayanan yang baik serta memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi rakyat tidak mampu dan miskin atau Jamkesmas.[6]

Dari penegasan Presiden tersebut terdapat paling tidak ada 4 komponen yang menjadi prioritas yaitu : adanya pelayanan kesehatan dasar, ketersediaan dan

keterjangkauan obat-obatan, peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan (medis), dan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat. Penegasan tersebut juga sebagai penegasan dari Strategi Sehat 2010.

## **1. Strategi Indonesia Sehat 2010:**

Untuk mencapai visi dan melaksanakan misi, dirumuskan strategi sebagai berikut:

- *Pembangunan nasional Berwawasan Kesehatan:*

Semua kebijakan pembangunan nasional yang sedang dan atau akan disleenggarakan harus berwawasan kesehatan, setidaknya-tidaknya harus memberikan kontribusi positif terhadap pembentukan lingkungan dan perilaku sehat. Sedangkan pembangunan kesehatan harus dapat mendorong pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, terutama melalui upaya promotif-preventif yang didukung oleh upaya kuratif-rehabilitatif..

- *Profesionalisme*

Pelayanan kesehatan yang bermutu perlu didukung oleh penerapan perlbagai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta penerapan nila moral dan etika. Untuk itu akan ditetapkan standar kompetensi bagi tenaga kesehatan, Pelatihan berdasar kompetensi, akreditasi dan lislasi serta kegiatan peningkatan kualitas lainnya.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan masyarakat (JPKM)

Untuk memantapkan kemandirian masyarakat dalam hidup sehat perlu digalang peranserta masyarakat yang seluas-luasnya termasuk dalam pembiayaan. JPKM pada dasarnya merupakan penataan sistem pembiayaan kesehatan yang mempunyai peranan yang besar pula untuk mempercepat pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.

### ***Desentralisasi***

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan pelbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah. Untuk itu wewenang yang lebih besar didelegasikan kepada daerah untuk mengatur sistem pemerintah dan rumah tangga sendiri, termasuk bidang kesehatan.

## **2. Program Unggulan:**

Menyadari keterbatasan Sumber Daya yang disesuaikan dengan prioritas masalah dan kecenderungan yang akan datang, maka telah ditetapkan 10 program unggulan, sebagai berikut:

1. Kebijakan Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan dan Hukum Kesehatan
2. Perbaikan dan pemenuhan Gizi
3. Pencegahan Penyakit Menular, termasuk imunisasi
4. Peningkatan Perilaku Hidup Sehat dan kesehatan mental
5. Lingkungan Pemukiman, Air dan Udara Sehat
6. Kesehatan Keluarga, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga



Berencana

7. Keselamatan dan Kesehatan Kerja
8. Anti Tembakau, Alkohol dan Madat
9. Pengawasan Obat, Bahan Berbahaya, Makanan dan Minuman
10. Pencegahan Kecelakaan dan Rudapaksa, termasuk Keselamatan Lalu Lintas (Sumber: Depkes RI, ..... Pedoman Kemitraan).

### **3. Pelayanan Kesehatan Dasar**

Pelayanan kesehatan minimal bagi setiap warga negara adalah kewajiban pemerintah. Berdasarkan konstitusi bahwa orang miskin dan anak terlantar ditanggung oleh negara.<sup>[7]</sup> Ketentuan tersebut jelas menunjukkan bahwa negara atau pemerintah berkewajiban untuk memberikan pelayanan kepada warga negara terutama yang miskin (cenderung) tidak mampu berobat apabila sakit.

UUD sebagai acuan dalam hidup berbangsa dan bernegara serta dijaga oleh lembaga agar setiap ketentuan di bawahnya tidak bertentangan dengan konstitusi, menuntut agar setiap lembaga pembuat peraturan perundang-undangan memperhatikan konstitusi. Pembuatan peraturan yang bertentangan dengan UUD, pasti akan dinyatakan tidak mengikat secara hukum.

Oleh karena itu dalam pembuatan undang-undang ketentuan yang dibuat tidak boleh mencantumkan ketentuan yang menafikan kewajiban negara dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pemerintah harus

berupaya keras untuk memberikan pelayanan masyarakat dari waktu ke waktu semakin baik.

Adanya komersialisasi pelayanan masyarakat, khususnya kepada kalangan tertentu, tidak boleh menyebabkan pelayanan berkurangnya porsi pelayanan kepada masyarakat (khususnya kalangan tidak mampu). Komersialisasi pelayanan kesehatan untuk kalangan tertentu tidak dapat dihindari sejalan dengan peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Akan tetapi harus dibentuk rambu-rambu dalam bentuk peraturan perundang-undangan, agar komersialisasi pelayanan kesehatan, tidak sampai menyebabkan termarginalisasinya pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada umumnya, karena tersedotnya sumber daya untuk kepentingan pelayanan kesehatan yang bersifat komersial.

#### **4. Pembangunan Rumah Sakit**

Pembangunan rumah sakit merupakan salah satu infrastruktur utama pembangunan bidang kesehatan. Namun seiring dengan perkembangan globalisasi, rumah sakit dalam perjalanannya dapat berubah menjadi rumah sakit yang bersifat komoditi. Rumah sakit modern dengan peralatan yang lengkap dan tenaga kesehatan yang berkualitas, dalam pembangunan dan perawatannya memerlukan biaya besar, di samping karena sifatnya komoditas mereka juga memikirkan keuntungan dari pengelolaannya.

Akan tetapi disadari bahwa perkembangan masyarakat menuntut adanya rumah sakit modern dengan peralatan lengkap serta fasilitas

memadai, tidak dapat dibendung lagi. Bahkan Presiden (Susilo Bambang Yudhoyono) pernah mengingatkan, sudah saatnya di tahun mendatang mulai memikirkan pembangunan rumah sakit modern yang bisa memberikan pengobatan yang baik sehingga masyarakat kita tidak harus berobat ke luar negeri. Masyarakat bisa berobat di dalam negeri dengan dokter-dokter dan tenaga medis yang tidak kalah kualitasnya dengan luar negeri.[8]

Hukum harus mengantisipasi hal tersebut, karena rumah sakit juga berfungsi social. Apakah akan dipisahkan, dalam arti ada rumah sakit yang memang dibangun untuk tujuan social (semata) atau disatukan seperti saat ini, yaitu ada kewajiban setiap rumah sakit menyediakan kelas-kelas tertentu (ekonomi) untuk masyarakat kurang mampu.

Hukum sudah saatnya mengatur keberadaan entitas rumah sakit yang bersifat komersial dengan pajak yang tinggi, namun ada kewajiban untuk tenaga kesehatannya melakukan tugas-tugas sosial , pada waktu-waktu tertentu, karena akan ada kecenderungan tenaga ahli kesehatan eksodus ke rumah sakit- rumah sakit bersifat komersial ditinjau dari sisi pendapatan. Pengaturan penting agar tidak rumah sakit yang berfungsi social juga mempunyai tenaga ahli yang berkualitas.

## **5. Penyediaan Obat-Obatan**

Pelayanan kesehatan tidak akan optimal apabila tidak didukung dengan ketersediaan obat dengan keterjangkauan secara wilayah distribusi dan keterjauan harga. Keterjangkauan wilayah, mengharuskan pemerintah

mendistribusikan obat hingga ke pelosok-pelosok. Hal ini penting mengingat luasnya wilayah negara RI serta masih banyaknya wilayah-wilayah terpencil yang tidak mungkin dijangkau kecuali oleh aparat pemerintah. .

Sedangkan keterjangkauan harga obat juga sangat penting, mengingat masih besarnya jumlah orang miskin di Indonesia . .Mahalnya harga obat akan menghambat proses kesembuhan suatu penyakit karena

Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan pemerataan obat selama tahun 2009, pemerintah akan memberikan subsidi Rp 280 milyar. Dana itu akan digunakan untuk pembelian bahan baku obat, karena obat merupakan komponen yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan yang harus diantisipasi dalam situasi apa pun.<sup>[9]</sup>

Pengadaan bahan baku obat bersubsidi akan dilakukan oleh "badan hukum" sesuai Peraturan Presiden No. 94 Tahun 2007.. Penunjukan badan hukum sebagai pelaksana pengadaan bahan baku obat bersubsidi dilakukan Menteri Kesehatan. Industri farmasi yang akan membeli bahan baku obat bersubsidi, harus mendapat persetujuan Menkes berdasarkan rekomendasi Badan POM. Bagi industri farmasi yang memproduksi obat generik menggunakan bahan baku yang disubsidi pemerintah, harganya ditentukan oleh Menkes. Program ini disebut program obat generik bersubsidi (OGS) dan obat generik bersubsidi bermerk (OGSM). Harga obat OGSM, kata Menkes, maksimum 3 kali harga OGS. Selain itu, obat generik bersubsidi dan obat generik bersubsidi bermerk harus mencantumkan label OGS/OGSM.

Menurut Menkes, tujuan program OGS/OGSM adalah menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan pemerataan obat di seluruh wilayah nusantara sebagai antisipasi bila terjadi resesi ekonomi. Menstabilkan harga obat generik maupun obat generik bermerek meskipun terjadi fluktuasi nilai tukar dolar di tahun 2009. Selain itu, program ini juga untuk merevitalisasi/empowering kemampuan industri farmasi menengah kebawah dalam memenuhi kebutuhan obat dalam negeri.

Obat-obatan yang dilindungi untuk menjaga kestabilan harga, ketersediaan dan keterjangkauannya adalah obat fast moving (paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat), obat-obatan life saving ( yang sangat dibutuhkan untuk menyelamatkan nyawa/emergency), obat-obatan yang termasuk obat esensial, obat program kesehatan dan obat yang tidak bernilai ekonomis namun sangat dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan masyarakat.

Agar seluruh masyarakat dapat menikmati obat bersubsidi, apotik diwajibkan menyediakan OGS dan OGSM. Apabila apotik tidak menyediakan obat-obat tersebut, akan dilakukan penegakan hukum secara tegas sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Selain obat bersubsidi, pemerintah juga akan melanjutkan Apotik Rakyat. Selama tahun 2008, Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI) telah memberikan sertifikasi sebanyak 18.000 apoteker untuk persiapan menjalankan program apotek rakyat yang sudah dicanangkan Depkes satu tahun lalu. Pada tahun 2009 akan diresmikan 100 buah apotik rakyat dengan

dukungan KUR (Kredit Usaha Rakyat) dari BRI di 5 provinsi (Jakarta, Bali, Yogyakarta, Jatim dan Sumatra Utara). Diharapkan dengan adanya apotik rakyat ini akan meningkatkan keterjangkauan obat pada masyarakat lebih luas lagi.

Hukum Kesehatan harus mampu mengatur mekanisme tersedianya bahan baku , pemasukannya, pemrosesannya menjadi obat generic hingga distribusi serta penetapan harganya. Pengawasan dan penerapan sanksi bagi para pelanggarnya harus jelas dan konsekwen.

#### **6. Ketersediaan bahan baku obat**

Sebagian besar obat-obatan yang diproduksi di Indonesia , bahan bakunya berasal dari luar negeri. Dengan tingginya nilai mata uang kuat asing seperti dollar AS, maka harga obat akan semakin mahal dan kemungkinan penurunan harga obat hanya mungkin apabila diberikan subsidi oleh Pemerintah. Salah satu cara penurunan harga obat adalah dengan penyediaan bahan baku obat dari dalam negeri, sehingga tidak tergantung kepada impor.

#### **7. Penindakan Terhadap Maal Praktek**

Pelayanan kesehatan terhadap masyarakat sangat tergantung kepada pengetahuan yang dimiliki oleh tenaga medis. Kepatuhan terhadap penjelasan dari tenaga medis perlu mendapat perlindungan hukum. Keawaman pasien terhadap kesehatan tidak boleh menyebabkan terjadinya pemanfaatan secara tidak etis untuk kepentingan-kepentingan tertentu.

Perlindungan hukum terhadap masyarakat dalam pelayanan kesehatan secara benar dan sesuai dengan standar prosedur adalah mutlak dilakukan oleh tenaga medis.

## **8. Peraturan dan Kebijakan Bidang Kesehatan**

Peraturan bidang kesehatan di masa yang akan datang harus satu kesatuan, semuanya saling berkait. Peraturan dalam bentuk undang-undang (bersifat payung) atau dijadikan acuan dalam pengembangan kesehatan harus ada. Walaupun pada saat ini ketentuan yang dianggap sebagai undang-undang payung tidak dikenal lagi.

Undang-undang Kesehatan dapat dianggap sebagai undang-undang payung bidang kesehatan. Peraturan perundang-undangan lainnya yang terkait misalnya, ketentuan mengenai rumah sakit, tenaga kesehatan (medis), infrastruktur kesehatan dan lain sebagainya harus mengacu undang-undang Kesehatan, sehingga terdapat kesatuan system yang terpadu. agar dalam pelaksanaan kegiatan kesehatan sejak dari penyediaan sarana prasarana kesehatan, tenaga kesehatan dan lain sebagainya terdapat suatu pola yang sama mengenai arah dan tujuan pembinaan kesehatan.

## **B. Perangkat Hukum Yang dibutuhkan Pada Waktu Yang Akan Datang**

### **1. Materi Pengaturan**

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2008, disebutkan bahwa pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan diberlakukan peraturan perundangan-undangan, hukum tidak tertulis dan etika profesi. Dengan demikian dimasa yang akan datang diperlukan perangkat perundang-undangan yang mengatur atau terkait dengan SDM dibidang kesehatan.

Selain hal diatas tercantum pula bahwa hukum kesehatan merupakan salah satu dari 4 unsur utama subsistem manajemen kesehatan. Diuraikan lebih lanjut, yang dimaksud dengan hukum kesehatan disini adalah peraturan perundang-undangan kesehatan yang dipakai sebagai acuan bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Dalam penyelenggaraannya, hukum kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Pengembangan hukum kesehatan diarahkan untuk terwujudnya sistem hukum kesehatan yang mencakup pengembangan substansi hukum, pengembangan kultur dan budaya hukum, penegakan hukum serta pengembangan hukum kesehatan
- b. Tujuan pengembangan hukum kesehatan adalah untuk menjamin terwujudnya kepastian hukum, keadilan hukum dan manfaat hukum.



c. Pengembangan dan penerapan hukum kesehatan harus menjunjung tinggi etika moral dan agama.

Pengaturan hukum kesehatan pada masa yang akan datang harus pula meliputi perkembangan beberapa berdimensi bidang kesehatan, *pertama*; dimensi kandungan penggunaan teknologi tinggi, dalam bidang kesehatan yang berpotensi mengubah harkat dan martabat kemanusiaan, antara lain :

- a. Namoteknologi diagnostik dan terapi
- b. Sel punca (*stem cells*)
- c. Pembedahan robotik, dan lain-lain

*Kedua*, yang berdimensi dapat digunakan sebagai sarana komersial dan/atau menjadi penyebab ketergantungan negara sedang berkembang atau masyarakat luas, seperti :

- a. Pelayanan medical cheks-up dengan alat-alat diagnostik canggih
- b. Pelayanan rawat inap jalan ekstensif (tanpa rawat inap) atau *one day care*
- c. Pelayanan ICU bergerak

Ketiga, pelayanan atau sistem kesehatan bersifat deteksi dini terhadap penyakit-penyakit berpotensi pandemik (wabah mendunia) sebagai contoh : flu burung, SARS, dan penyakit-penyakit baru zoonosit lainnya. Hal ini disebabkan virus atau kuman tidak mengenal lintas batas geografik suatu negara. Virus atau kuman juga berpotensi digunakan sebagai senjata biologis, sehingga kesehatan berkaitan erat pula dengan

pertahanan dan keamanan suatu negara. Oleh karena itu unit ICU bergerak merupakan suatu kebutuhan di masa yang akan datang.

## **2. Ketersediaan Sumber Daya Manusia dan Aparatur Penegakan Hukumnya**

Dengan dicantumkannya hukum kesehatan sebagai salah satu unsur dalam subsistem manajemen kesehatan diperlukan sumber daya manusia dibidang kesehatan yang mempunyai pengetahuan dibidang hukum khususnya hukum kesehatan. Sebaliknya di bidang hukum, aparaturnya penegak hukum perlu dibekali dengan pengetahuan tentang hukum kesehatan.

Perkembangan penggunaan teknologi untuk kesehatan berimplikasi pada semakin canggih dan semakin mungilnya peralatan kesehatan. Pengaturan di masa yang akan datang harus lebih diarahkan pada peningkatan kualitas SDM Kesehatan, agar kecanggihan alat dapat disebarkan pada jumlah SDM yang cukup banyak dan kualitas yang dapat dipertanggungjawabkan.

## **3. Budaya Hukum (Kesadaran Masyarakat terhadap Kesehatan)**

Keawaman sebagian besar masyarakat akan hal ihwal kesehatan merupakan salah satu factor yang menyebabkan, masyarakat mudah menjadi korban tindakan tidak terpuji tenaga kesehatan atau kelalaian praktek dari tenaga kesehatan (maal praktek).

Perilaku atau budaya menjaga kesehatan harus dihidupkan dan disampaikan terus menerus, Dalam menggelorakan budaya hukum, hendaknya juga menyangkut budaya sehat. Desa sadar kesehatan perlu dikembangkan bersamaan dengan desa sadar hukum. Simbiosis antar keduanya kan memacu para tenaga medis untuk sadar pula akan hak dan kewajibannya sebagai tenaga medis..

Pada masa datang perlu budaya pemantapan nilai-nilai yang adil dikaitkan dengan meningkatnya kesadaran interaksi faktor-faktor tenaga kesehatan profesional yang kewajibannya diarahkan untuk kepentingan terbaik bagi pasien dan diterapkannya mekanisme saling kontrol anatar tenaga kesehatan. Peningkatan aparatur kesehatan dalam drafting etikolegal dalam menjemput aspirasi masyarakat dengan melibatkan peran serta seluruh organisasi profesi terkait dan pemangku kepentingan lainnya.

#### **4. Pengembangan potensi Kesehatan**

Kesehatan pada msa yang akan datang sebagai salah satu komponen politik. Kesehatan yang mengatur tentang sumber-sumber dan pemanfaatan jasad renik penyebab potensi pandemi dapat dimanfaatkan untuk :

1. memperkuat bargaining power diplomasi politik luar negeri suatu negara
2. menghasilkan nilai ekonomi bagi negara dan nilai tambah bagi industri kesehatan terkait pula dengan SDM Kesehatan.

**BAB IV**  
**PERENCANAAN PEMBANGUNAN HUKUM**  
**BIDANG KESEHATAN**

Pembangunan yang baik perlu dilakukan secara berencana, sistimatis dan terpadu disesuaikan dengan tahap-tahap ketersediaan faktor-faktor penunjangnya. Perencanaan pembangunan bidang kesehatan yang sifatnya sangat kompleks dikaitkan dengan pembangunan bidang hukumnya harus selaras, serasi dan seimbang. Dimensi waktu sangat penting dalam pengisian tahapan-tahapan pembangunan tersebut.

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004, disebutkan bahwa pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan diberlakukan peraturan perundangan-undangan, hukum tidak tertulis dan etika profesi. Dengan demikian dimasa yang akan datang diperlukan perangkat perundang-undangan yang mengatur atau terkait dengan SDM dibidang kesehatan.

Selain hal diatas tercantum pula bahwa hukum kesehatan merupakan salah satu dari 4 unsur utama subsistem manajemen kesehatan. Diuraikan lebih lanjut, yang dimaksud dengan hukum kesehatan disini adalah peraturan perundang-undangan kesehatan yang dipakai sebagai acuan bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Dalam penyelenggaraannya, hukum kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Pengembangan hukum kesehatan diarahkan untuk terwujudnya sistem hukum kesehatan yang mencakup pengembangan substansi hukum, pengembangan kultur dan budaya hukum, penegakan hukum serta pengembangan hukum kesehatan
2. Tujuan pengembangan hukum kesehatan adalah untuk menjamin terwujudnya kepastian hukum, keadilan hukum dan manfaat hukum.
3. Pengembangan dan penerapan hukum kesehatan harus menjunjung tinggi etika moral dan agama.

Oleh karena itu pembangunan bidang hukum (kesehatan) harus dilakukan secara bertahap dengan memperhatikan tahap-tahap perencanaan yang meliputi :

**I. Perencanaan Jangka Panjang**

**A. Penyediaan Tenaga Kesehatan**

Wilayah negara Republik Indonesia cukup luas dengan keragaman suku bangsa, agama, budaya, dan geografi cukup kompleks menghendaki penanganan pelayanan kesehatan masyarakat dengan memperhatikan kondisi keragaman masing-masing daerah. Perbedaan karakteristik suatu daerah dengan daerah lain perlu perlakuan berbeda dalam pelayanan kesehatan perlu disesuaikan dengan kebutuhan daerah yang bersangkutan.

Dalam penyediaan tenaga kesehatan perlu diperhatikan adanya hirarkhi antar tenaga kesehatan (Sumber daya manusia) dalam bentuk piramida kompetensi yang bersifat konkordansi dengan kewenangan yang diberikan oleh negara dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Disamping itu dengan memperhatikan pula perbandingan tenaga kesehatan dari sisi jumlah dan kebutuhan penduduk yang dilayani. Hirarkhi tenaga kesehatan tersebut mencakup pula upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat.

Perencanaan penyediaan tenaga kesehatan harus didukung dengan kebijakan dan pembentukan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai hirarkhi kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan yang harus dijabarkan secara jelas dan realistis.

Keterbatasan peralatan kesehatan yang dimiliki oleh rumah sakit-rumah sakit di Indonesia (karena harganya mahal) harus dibuat suatu pengaturan yang memungkinkan pemasukannya (jika impor) bebas bea dan pungutan lainnya, sedangkan penggunaannya diatur oleh pemerintah agar maksimal dan tidak semat-mata sebagai sarana bisnis bagi pihak-pihak tertentu saja, yang pada akhirnya merugikan masyarakat.

## **B. Kemajuan Teknologi Bidang Kesehatan**

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sangat pesat termasuk di bidang kesehatan. Pemakaian Teknologi untuk kepentingan kesehatan seperti (*tele medicine*)/ Nanoteknologi/ pembedahan robotik/ rekayasa genetika dan lain sebagainya, (misalnya : penggunaan sel punca dalam

dunia medis), akan semakin berkembang. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tersebut harus diupayakan sebagai sarana yang dapat bermanfaat bagi rakyat dan negara. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat pula diarahkan kepada kegiatan yang mampu menghasilkan pemasukan devisa negara dengan pendekatan Kesehatan sebagai komoditi, misalnya : kegiatan medical cheks up, pariwisata kesehatan dan lain sebagainya.

Perkembangan ilmu pengetahuan bidang kesehatan yang sangat pesat tersebut harus didukung pula dengan peningkatan sumber daya manusia bidang kesehatan agar dapat mengoperasikan berbagai peralatan kesehatan yang terus berkembang. Tenaga kesehatan yang berkualitas dalam kuantitas yang memadai akan mendorong investasi di sector kesehatan yang masih terbuka lebar, seiring dengan tingkat kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan.

Kondisi ini dikaitkan dengan ketertinggalan kita dalam pengaturan yang ada dibandingkan dengan negara maju atau negara tetangga seperti : Singapura dan Malaysia , yang telah memanfaatkan kegiatan pelayanan kesehatan bagai pemasukan devisa negara. Pengaturan tersebut diharapkan akan menerapkan pola keadilan dunia, pembagian keuntungan yang adil (*benefit sharing*) serta memacu munculnya pola regulasi yang diilhami tingginya daya saing industri yang memanfaatkan perkembangan teknologi di bidang kesehatan.

Perkembangan tersebut harus dipantau karena dapat bersinggungan dengan nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat di Indonesia.

Perkembangan teknologi cangkok organ misalnya perlu dilakukan pengaturan dengan melibatkan para pemangku kepentingan lainnya.

### **C. Penanganan Wabah**

Antisipasi terhadap adanya gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh wabah atau kejadian luar biasa yang menimbulkan kepedulian dari kesehatan masyarakat internasional (*public health emergency of international concern*) yang sudah disepakati dalam dokumen *international health regulations*. Salah satu bentuknya adalah dimensi kewenangan negara (kebijakan publik) dihadapkan dengan hak asasi manusia, misalnya ketentuan-ketentuan mengenai Karantina yang menyangkut orang-orang asing dan pendatang yang berpotensi menjadi media penyebaran (wabah) penyakit atau kemungkinan menimbulkan kejahatan bidang kesehatan misalnya (*bio terorisme*).

Penggantian ketentuan mengenai wabah yang didasarkan pada Undang-Undang No. 15 Tahun 1984 tentang Wabah perlu dilakukan revisi agar dapat disesuaikan dengan perkembangan ketatanegaraan nasional yang telah memberikan otonomi yang lebih besar kepada daerah dalam mengurus urusan rumah tangganya, termasuk di bidang kesehatan. Disamping itu perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan di tingkat internasional, sangat pesat, menuntut suatu tindakan cepat dan tepat dalam menghadapi perkembangan wabah penyakit yang cenderung pula berkembang pula.



#### **D. Pembuatan Standar Pelayanan Kesehatan**

Penciptaan standar-standar pelayanan kesehatan yang menggunakan teknologi maju harus memperhatikan etika profesi dan budaya masyarakat di Indonesia (standar pelayanan disesuaikan dengan kualitas sumber daya manusia tenaga kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan). Pembuatan standar-standar pelayanan kesehatan tersebut harus terus menerus di monitor dan dievaluasi agar kualitasnya semakin lama semakin baik.

### **II. Perencanaan Jangka Pendek**

#### **A. Pendayagunaan Modal dan Tenaga Kerja Asing**

Pendayagunaan modal sangat diperlukan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Pembangunan infrastruktur kesehatan dan penyediaan alat-alat kesehatan serta peningkatan sumber daya tenaga kesehatan memerlukan dana yang besar. Kemungkinan masuknya modal asing dalam bentuk investasi bidang kesehatan misalnya pembangunan rumah sakit dimungkinkan, apalagi dikaitkan dengan globalisasi ekonomi dan keanggotaan Indonesia dalam forum *World Trade Organisation* (WTO).

Masuknya modal asing dalam bidang kesehatan, misalnya pendirian rumah sakit (modal asing), tidak akan terlepas dari masuknya tenaga kerja asing di bidang kesehatan. Kehadiran tenaga kerja asing di bidang kesehatan harus disertai dengan pengaturan yang komprehensif agar dapat memberikan kontribusi yang besar bagi keuntungan rakyat dan

negara. Masuknya modal dan tenaga kerja asing di bidang kesehatan harus paralel dengan pemasukan devisa kepada negara. Di samping itu keberadaan mereka tidak menyebabkan tersisihnya tenaga kerja kesehatan lokal, mampu menjadi ajang bagi terjadinya alih teknologi dan pengetahuan kepada tenaga kesehatan lokal serta terciptanya pemerataan pelayanan kesehatan termasuk memperkuat system rujukan pelayanan, baik yang bersifat horizontal maupun vertical.

## **B. Peran Pemerintah**

Dalam pelaksanaan pelayanan bidang kesehatan merupakan kewajiban semua anak bangsa, peran pemerintah adalah sebagai regulator (pembuatan peraturan). Pelayanan kesehatan dengan kewenangan yang sifatnya strategic sebaiknya dilakukan oleh pemerintah secara sentralistik karena untuk kepentingan keseragaman pelayanan kesehatan secara nasional. Sedangkan pelayanan kesehatan yang sifatnya teknis operasional di lakukan oleh pemerintah daerah sesuai dengan prinsip desentralisasi dan dengan memperhatikan kemampuan masing-masing daerah.

## **C. Kewajiban Pemerintah**

Pelayanan kesehatan adalah sebagai salah satu kewajiban negara terhadap rakyatnya. Negara harus berfungsi sebagai fasilitasi dan dalam kondisi tertentu negara (pemerintah) sekaligus berfungsi sebagai pelaksana kebijakan kesehatan terutama di daerah-daerah terpencil,

tertinggal dan daerah perbatasan).

Dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan tersebut, pemerintah harus pula memanfaatkan sumber daya sector lain secara terpadu dan berkesinambungan, misalnya : tenaga kesehatan yang dimiliki oleh Tentara Nasional Indonesia, tenaga kesehatan milik pemerintah daerah dan lain sebagainya. Dalam jangka pendek pelayanan kesehatan yang sifatnya teknis operasional dapat diselenggarakan secara penuh dengan prinsip desentralisasi.

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, Pemerintah hendaknya lebih memprioritaskan tindakan yang bersifat promotif dan preventif dalam bentuk pengalokasian anggaran dan kebijakan ikutannya yang berpihak pada rakyat, dibandingkan dengan alokasi anggaran untuk tindakan yang bersifat kuratif. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut harus pula didukung dengan perencanaan hukumnya disertai pula dengan perencanaan financial.

#### **D. Underlying Determinant Kesehatan**

*Underlying determinant* kesehatan (kondisi lingkungan yang hendak diwujudkan seperti upaya mewujudkan kota/desa sehat, mengantisipasi perubahan cuaca dunia (*climate change*) yang dapat menyebabkan terjadinya bencana alam termasuk bencana penyebaran penyakit, penyediaan infrastruktur sarana dan prasarana kesehatan secara memadai, kemampuan ekonomi masyarakat, dan derajat pendidikan masyarakat) harus diperbaiki dan ditingkatkan alokasi penganggarnya.

Untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, peningkatan prosentase anggaran bidang kesehatan secara signifikan sangat diperlukan, sehingga mendekati anggaran pendidikan. Pada negara-negara maju alokasi anggaran pendidikan dan kesehatan tidak jauh berbeda.

Kewajiban perlu ada pula ketentuan yang mengikat Pemda untuk mengalokasikan sebagian APBD-nya untuk bidang kesehatan. Disamping itu dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan harus dilakukan audit baik dari sisi pendanaan maupun kegiatan di bidang kesehatan.

Dalam penggunaan dana bidang kesehatan perlu ada ketentuan yang melarang pengalihan dana bidang kesehatan untuk kepentingan lainnya karena dana bidang kesehatan yang diberikan oleh pemerintah masih sangat minim, sedangkan kebutuhannya masih sangat besar.

Pembiayaan bidang kesehatan dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan membedakan system bantuan social (criteria yang berhak memperoleh dan kesinambungan pembayarannya) dengan sistem asuransi kesehatan. Perlu perbaikan system asuransi kesehatan dalam batas-batas pertanggung jawaban asuransi kesehatan (batas minimal dan maksimal)

#### **E. Peran serta masyarakat**

Keberhasilan pembangunan bidang kesehatan tidak akan berhasil tanpa peran serta masyarakat. Porsi masyarakat secara sistematis harus ditingkatkan, dikaitkan dengan kebijakan desentralisasi bidang kesehatan dengan cara mewajibkan pemerintah daerah mematuhi standar pelayanan

minimal kabupaten/kota. Penetapan standar tersebut harus yang dapat diukur tingkat keberhasilan dan kegagalannya, dengan memperhatikan keterpaduan antara sumber daya manusia bidang kesehatan, sarana dan prasarana (infrastruktur) bidang kesehatan, ketersediaan alat-alat kesehatan dan alokasi anggaran secara transparan dan akuntabel.

#### **F. Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

*Pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan, pemerintah perlu mewajibkan para pelaksana untuk mematuhi standar-standar yang telah ditetapkan antara lain : standar prosedur operasi, standar pelayanan kesehatan dan standar profesi dalam suatu system yang sesuai dengan etika dan ketentuan keselamatan pasien. Dalam penentuan standar-standar tersebut harus pula memperhatikan hirarkhi kompetensi dan kewenangan tenaga kesehatan yang bersangkutan dan terkait.*

#### **G. Penyediaan Obat-Obatan**

Tenaga kesehatan yang berkualitas dan peralatan kesehatan canggih tidak cukup untuk memberikan kesembuhan bagi pasien, ketersediaan obat-obatan yang diperlukan sangat diperlukan. Dalam masyarakat dengan tingkat pendapatan sebagian besar penduduknya masih kelas menengah ke bawah, ketersediaan obat-obatan bukan hanya selalu ada, tetapi dituntut pula dengan harga terjangkau (murah).

Kewajiban pemerintah dalam penyediaan obat-obatan dengan kualitas baik, aman dan terjangkau mutlak dilakukan. Dengan produksi obat sebagian besar dari sector swasta, pemerintah melalui berbagai kebijakan harus mampu menekan para produsen obat agar juga memberikan kontribusinya kepada rakyat kurang mampu dalam penyediaan obat-obatan secara murah dengan kualitas baik.

Keterjangkauan obat-obatan harus meliputi keterjangkauan distribusi atau pemerataan (semua daerah terjangkau dengan obat-obatan, termasuk daerah terpencil). Di samping itu juga keterjangkauan harga, dalam arti masyarakat (khususnya yang tidak mampu), dibantu untuk mendapatkan obat dengan harga murah (ada subsidi dari pemerintah).

Disamping itu perlu segera diterbitkan pengaturan mengenai obat, khususnya obat generik bermerk, besaran harganya perlu ditetapkan oleh pemerintah. Hal ini penting agar harga obat kepada masyarakat dapat ditekan menjadi lebih terjangkau.

#### **H. Pembuatan Peraturan dan kebijakan**

Dalam membuat peraturan perundang-undangan dan kebijakan bidang kesehatan yang sifatnya kompleks, hendaknya memperhatikan ciri-ciri dan cara-cara dari masing-masing program kesehatan secara terinci, spesifik, terukur, terstruktur sesuai dengan pentahapannya.. Dalam pembuatan kebijakan hendaknya dilakukan melalui kegiatan pemantauan (monitoring) dan evaluasi kegiatan dengan berbasiskan kepada adanya data dan informasi yang akurat. Pembuatan kebijakan

yang dikeluarkan harus memperhatikan pula adanya sinkronisasi antara SDM tenaga kesehatan dengan jenjang hirarkhi dan kompetensi kewenangannya, alat-alat kesehatan, obat (sediaan farmasi), dan ketersediaan anggaran.

*Pembuatan peraturan perundang-undangan dan kebijakan bidang kesehatan, harus dilakukan secara berencana, sistimatis dan terpadu. Pembuatannya harus dilakukan dengan dukungan studi penelitian yang mendalam agar ketentuan yang dibuat dapat dipertanggungjawabkan secara akademis dan realistis serta sesuai dengan filosofis bangsa.*

Pembuatan peraturan perundang-undangan dan kebijakan bidang kesehatan harus bersifat realistis dan memperhatikan kondisi geografis daerah di Indonesia yang sangat beragam.

Peraturan pelaksanaan UU No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, perlu segera direalisasikan. Dari 29 peraturan pelaksanaan yang diperintahkan oleh UU tersebut, baru empat (4) buah yang terbit sedangkan selebihnya belum direalisasikan. Untuk mendukung efektivitas UU Kesehatan perlu segera diterbitkan peraturan pelaksanaan yang cukup mendesak antara lain : PP mengenai Standar Pelayanan Medik, PP mengenai Standar Pelayanan Rumah Sakit, dan PP mengenai Standar Pelayanan Profesi. PP tersebut penting untuk diwujudkannya standar pelayanan yang dapat diketahui oleh publik, khususnya konsumen kesehatan.

Peraturan pelaksanaan UU No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, perlu segera direalisasikan. Dari 29 peraturan pelaksanaan

yang diperintahkan oleh UU tersebut, baru empat (4) buah yang terbit sedangkan selebihnya belum direalisasikan. Untuk mendukung efektivitas UU Kesehatan perlu segera diterbitkan peraturan pelaksanaan yang cukup mendesak antara lain : PP mengenai Standar Pelayanan Medik, PP mengenai Standar Pelayanan Rumah Sakit, dan PP mengenai Standar Pelayanan Profesi. PP tersebut penting untuk diwujudkan standarnya yang dapat diketahui oleh publik, khususnya konsumen kesehatan.

#### **I. Penegakan Hukum**

Penegakan hukum bidang kesehatan dilaksanakan baik oleh Kepolisian Republik Indonesia maupun melalui tenaga Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS). Para penyidik pegawai negeri sipil di bidang kesehatan perlu dibekali dengan kemampuan khusus dalam menyidik perkara-perkara bidang kesehatan yang semakin canggih terutama kejahatan bidang kesehatan yang tergolong dalam kejahatan kerah putih (*white collar crimes*).

Dalam pelaksanaan penegakan hukum bidang kesehatan, PPNS perlu melibatkan para ahli dari organisasi profesi terkait. Pelibatan mereka akan sangat membantu para PPNS karena kemampuan mereka dapat menolong memberikan pendapat yang berkaitan dengan perkembangan kejahatan bidang kesehatan yang cukup pesat sejalan dengan perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan.



## **J. Pengeanaan Sanksi**

Peningkatan pelanggaran ketentuan bidang kesehatan tidak terlepas dari rendahnya sanksi hukuman bagi para pelanggar. Kejahatan bidang kesehatan yang sangat berkaitan dengan penderitaan manusia bahkan kematian, para pelakunya cenderung hanya mendapatkan hukuman cukup ringan (misalnya pada kasus pemalsuan obat-obatan), sehingga tidak membuat jera para pelakunya. Pengeanaan sanksi yang lebih berat kepada pelanggar bidang kesehatan mutlak dilakukan karena dampaknya yang sangat besar bagi kemanusiaan.

Pengeanaan sanksi yang berat juga harus dikenakan kepada kegiatan kesehatan yang dilakukan oleh orang-orang yang tidak kompeten dan berwenang di bidangnya, karena dampak yang diakibatkannya menyangkut nyawa manusia, seperti pembukaan izin praktek pengobatan oleh orang yang tidak berkemampuan sebagai tenaga kesehatan resmi atau terakreditasi. Pengawasan dan sekaligus penindakan terhadap pihak-pihak yang melakukan penyalahgunaan kegiatan pelayanan kesehatan tersebut harus dilakukan secara kontinyu.

## **K. Pelaksanaan Kegiatan Kesehatan**

*Pelaksanaan kegiatan kesehatan, bukanlah semata-mata merupakan kegiatan yang bersifat komoditas. Penyelenggaraan kesehatan juga menyangkut dengan kegiatan social dan standar-standar tertentu yang sifatnya sangat terukur. Oleh karena itu setiap penyelenggaraan kegiatan bidang kesehatan harus selalu dikonsultasikan terlebih dahulu dengan*

*instansi terkait dan berwenang agar tercipta pelayanan kesehatan sesuai dengan aturan yang berlaku.*

*Perkembangan kegiatan bidang kesehatan, misalnya pendirian rumah sakit harus memperhatikan rekomendasi dari instansi terkait di bidangnya, karena dampak yang ditimbulkannya sangat berkaitan dengan keselamatan jiwa manusia dan lingkungan hidup (misalnya pengelolaan limbah rumah sakit, standar pelayanan kesehatan, ).*

Bisnis jasa kesehatan tidak dapat dibendung karena pengaruh globalisasi, akan tetapi perlu ada pembatasan pada jenis jasa apa saja yang diperbolehkan, disertai dengan tujuan yang jelas dan bermanfaat bagi perkembangan kesehatan di tanah air. jasa-jasa kesehatan yang bersifat profesional services: seperti, *medical and dental services, physiotherapist, nurse and midwife* dan lain sebagainya.

#### **L. Penyuluhan Kesehatan dan Penyuluhan Hukum**

*Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kerusakan lingkungan hidup serta perubahan iklim, telah memunculkan penyakit-penyakit baru yang sebelumnya tidak dikenal atau frekuensi kemunculan jarang. Perkembangan tersebut memerlukan adanya pengetahuan yang terus menerus diberikan kepada para tenaga kesehatan baik untuk kepentingan pengembangan diri maupun untuk diberikan kepada masyarakat. Pendidikan dan latihan serta penyuluhan kesehatan harus dilakukan secara berkesinambungan oleh pihak-pihak yang berkompeten, agar semua pihak siap dan dapat mengambil tindakan yang cepat dan tepat terhadap perkembangan penyakit.*

*Disamping itu para tenaga kesehatan sebagai bagian dari masyarakat, pasti diatur dengan berbagai ketentuan – ketentuan yang mengatur hubungannya dengan pihak lain. Pengetahuan mengenai hak dan kewajiban tenaga kesehatan harus diberikan agar para tenaga kesehatan tidak menjadi obyek dari pihak-pihak lain akibat ketidaktahuannya terhadap berbagai peraturan perundang-undangan. Penyuluhan hukum terhadap para tenaga kesehatan mutlak dilakukan seiring dengan peningkatan kesadaran hukum masyarakat secara keseluruhan.*

#### **M. Pemberian Insentif**

Pelayanan kesehatan terutama pada masyarakat lemah atau kurang mampu merupakan kewajiban pemerintah, baik di pusat maupun di daerah. Untuk memacu munculnya semangat pemerintah daerah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakatnya secara baik, misalnya penerapan percontohan atau model pelaksanaan system pelayanan kesehatan yang baik oleh pemerintah daerah dengan memenuhi (standar pelayanan minimal, optimal, maksimal, ideal), terhadap pelayanan demikian, Pemerintah dapat memberikan insentif dalam berbagai bentuk kepada pemerintah daerah yang telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakatnya.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari uraian pada bab-bab sebelumnya dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pembangunan bidang hukum kesehatan harus dilakukan secara berencana, sistimatis dan terpadu dengan memperhatikan factor-faktor yang mempengaruhinya, baik factor internal maupun factor eksternal.
2. Fungsi pemerintah, dalam konteks kesehatan sebagai komoditi/kemajuan teknologi berbeda dengan kesehatan sebagai kewajiban negara kepada rakyatnya berdasarkan hak asasi manusia.
3. Pelayanan kesehatan kepada warga negara yang kurang mampu dilakukan dengan secara seksama dan dengan menggunakan system asuransi.
4. Perencanaan hukum bidang kesehatan harus sebagai satu kesatuan yang meliputi materi hukum, struktur hukum dan budaya hukum, dengan memperhatikan ketersediaan peralatan dan sumber daya manusianya.
5. Agar tidak menimbulkan polemik, pengaturan responsive kebijakan bidang kesehatan, khususnya di daerah-daerah, dilakukan dalam bentuk Peraturan Presiden bukan dengan peraturan menteri.
6. Mengingat luasnya wilayah Republik Indonseia, untuk efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan, pertama-tama ditujukan kepada pembenahan birokrasi dan profesi tenaga kesehatan terkait dengan

menciptakan dan memperkuat hukum disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan.

7. Kesehatan warga masyarakat adalah salah satu factor kuatnya kondisi suatu negara, oleh karena itu alokasi anggaran untuk bidang kesehatan harus terus menerus ditingkatkan untuk mengantisipasi perkembangan penyakit yang sangat signifikan akhir-akhir ini.
8. Bidang kesehatan sebagai komoditi yang terus berkembang tidak dapat dicegah, untuk itu kebijakan yang diambil harus mampu menjadikan keuntungan bagi peningkatan devisa negara, tidak menjadi sarana tersisihnya tenaga kesehatan lokal dan dapat menjadi ajang bagi alih teknologi dan ilmu pengetahuan.

## **B. Rekomendasi**

1. Dalam setiap kebijakan yang menyangkut bidang kesehatan, misalnya pembukaan rumah sakit yang bersifat komersial, perlu dilakukan koordinasi dengan instansi yang tugas dan kewenangannya di bidang kesehatan.
2. Perlu dikembangkan adanya sarana wisata kesehatan, karena Indonesia cukup kaya dengan berbagai bentuk pelayanan kesehatan yang tumbuh dan berkembang di masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- [1] Siti Fadilah Supari, Menteri Kesehatan RI, Kompas, Senin 14 April 2008, hal 13.
- [2] Ibid
- [3] H.A.S.Natabaya, Profesionalisme Aparatur Pengawasan dan Penegakan Hukum, majalah Hukum Nasional No.1 Tahun 2000, badan Pembinaan Hukum Nasional, Jakarta, hal 3.
- [4] Menkes Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K) yang didampingi para pejabat eselon I dan II saat jumpa pers awal tahun di Jakarta pada tanggal 12 Januari 2009.
- [5] Menkes RI , Siti Fadilah Supari, Ibid.
- [6] Presiden Susilo Bambang Yudhoyono, Disampaikan pada puncak peringatan Hari Kesehatan Nasional ke-44 dengan tema “ Rakyat Sehat, Kualitas Bangsa Meningkatkan “, tanggal 19 Desember 2008, di Jakarta.
- [7] Lihat ketentuan Pasal 34 UUD 1945.
- [8] WWW. Departemen Kesehatan.go.id, tanggal 14 Januari 2009.
- [9] Menteri Kesehatan RI, dalam [WWW..Dep](#) Kesehatan RI 14 Januari 2009..