

LAPORAN AKHIR (FINAL REPORT)

NASKAH AKADEMIK
TENTANG
PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA KESEHATAN



KERJASAMA



DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KABUPATEN MAHAKAM ULU
DAN
BADAN KAJIAN HUKUM DAN SOSIAL KEMASYARAKATAN
UNIVERSITAS MULAWARMAN



NASKAH AKADEMIK
TENTANG
PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA KESEHATAN
DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DAERAH KABUPATEN MAHAKAM ULU DAN
BADAN KAJIAN HUKUM DAN SOSIAL KEMASYARAKATAN UNIVERSITAS MULAWARMAN

NASKAH AKADEMIK
TENTANG



BAKAHUMAS

BADAN KAJIAN HUKUM DAN SOSIAL KEMASYARAKATAN
UNIVERSITAS MULAWARMAN
Jl.Kuaro Gedung MPK Lt.II Badankajianhukum.unmul@yahoo.co.id
Contact Person : 081350049978

NASKAH AKADEMIK

TIM PENYUSUN

Peneliti:

1. Dr. Muhammad Muhdar,S.H.,M.Hum
2. Dr.Ike Anggraeni G, S.Km.,M.Kes
3. Erna Susanti,S.H.,M.H
4. Poppilea Erwinta, S.H.,M.H

TAHUN 2021

LAPORAN AKHIR (*FINAL REPORT*)
NASKAH AKADEMIK
TENTANG
PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA KESEHATAN

Disusun oleh :

TIM PENYUSUN

Peneliti:

- 1. Dr. Muhammad Muhdar, S.H., M.Hum**
- 2. Dr. Ike Anggraeni G, S.Km., M.Kes**
- 3. Erna Susanti, S.H., M.H**
- 4. Poppilea Erwinta, S.H., M.H**

Alamat:

Jl. Kuaro Gedung MPK Lt.II (Samping Rektorat, Kantor Pusat)
Universitas Mulawarman, Gunung Kelua,
Samarinda, 75119
Email: badankajianhukum.unmul@yahoo.co.id
Contact Person: 081350049978

Dicetak oleh:

SARY CARDS

Alamat:

Jl. Pramuka 8 Nomor 2, Samarinda

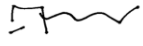
Telp (0541) 737779

Contact Person : Suharno (08125519774)

BERITA ACARA

Nama Kegiatan : Penyusunan Naskah Akademik
Sub Kegiatan : Naskah Akademik Tentang Perlindungan Dan Izin Tenaga Kesehatan
Penyelenggara : Sekretariat DPRD Kabupaten Mahakam Ulu
Pelaksana : Badan Kajian Hukum dan Sosial Kemasyarakatan (BLU)
Universitas : Mulawarman
Tahun : 2021

Dengan ini telah menyelesaikan Penyusunan Naskah Akademik Dan Draft Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Perlindungan Dan Izin Tenaga Kesehatan

No	Nama / Jabatan Dalam Tim	Tanda Tangan
1.	Dr. Muhammad Muhdar, S.H., M.Hum (Ketua Tim/ Peneliti Utama)	1. 
2.	Dr. Ike Anggraeni G, S.Km., M.Kes (Anggota/ Peneliti)	2.
3.	Erna Susanti, S.H., M.H (Anggota/ Peneliti)	3.
4.	Poppilea Erwinta, S.H., M.H (Anggota/ Peneliti)	4.

Samarinda, 02 Juli 2021

Badan Kajian Hukum dan Sosial Kemasyarakatan (BLU)
Universitas Mulawarman

Ketua,



Prof. H. Sarosa Hamongpranoto, S.H., M.Hum.

SEKAPUR SIRIH

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji bagi Allah SWT dan dengan berkat-Nya maka Naskah Akademik ini dapat diselesaikan oleh Badan Kajian Hukum dan Sosial Kemasyarakatan Universitas Mulawarman. Merupakan kebanggaan bagi institusi pendidikan dalam hal ini kampus sebagai wadah yang memang diamanatkan oleh negara selalu menjadi pioner dalam memberikan kontribusi yang positif dalam pembangunan dengan memberikan dalam bentuk pemikiran dari hasil penelitian dan dikembangkan dalam bentuk pengabdian pada masyarakat. Salah satunya dengan dibuatnya Naskah Akademik dan Rancangan Peraturan Daerah tentang Perlindungan Perlindungan Dan Izin Tenaga Kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu.

Tiga misi pendidikan tinggi dalam rumusan Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu pengajaran, penelitian dan pengabdian. Meski demikian, masih ada ketidaksinkronan antara aktivitas mengajar, meneliti, dan pengabdian masyarakat. Peran universitas dalam mendukung implementasi Tri Dharma bagi masyarakat sangat penting. Perguruan tinggi yang berkualitas akan melahirkan generasi bangsa yang berkualitas. Generasi bangsa yang berkualitas merupakan aset bagi ketahanan bangsa. Dimana peningkatan implementasi tri dharma dapat diimplementasikan dalam kegiatan di tengah-tengah masyarakat.

Kerjasama dengan pemerintah daerah baik itu di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dalam berbagai bidang. Salah satunya yang telah dilakukan Badan Kajian Hukum dan Sosial Kemasyarakatan Universitas Mulawarman yang telah melakukan penelitian dan kemudian dilakukan penyusunan naskah akademik

tentang Perlindungan Dan Izin Tenaga Kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu. Besar harapan saya, bahwa Badan Kajian Hukum dan Sosial Kemasyarakatan menjadi salah satu lembaga yang selalu memberikan inspirasi dalam mengembangkan dan meningkatkan dari 2 kegiatan dalam Tridarma yaitu bidang penelitian dan pengabdian pada masyarakat yang tentu saja akan memberikan pengaruh yang positif dalam berbagai bidang yang selalu menjadi skala prioritas bersama dengan memberikan kemanfaatan terhadap masyarakat dengan selalu mempertimbangkan dari sisi kesejahteraan dan kemakmuran masyarakat.

Terima kasih.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Samarinda, 02 Juli 2021
Universitas Mulawarman
Rektor,

**Prof.Dr.H.Masjaya,M.Si.
NIP.19621231 199103 1 024**

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Dengan memanjatkan Syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT. Atas limpahan Rahmat dan Hidayah Nya, sehingga sampai saat ini kami masih dapat menyelesaikan penyusunan Naskah Akademik dan Rancangan Peraturan Daerah tentang Perlindungan Dan Izin Tenaga Kesehatan. Hal tersebut tidak lepas dari yang telah diamanatkan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan mewajibkan hal tersebut, dalam penyusunan Naskah Akademik.

Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat atas peraturan perundang-undangan yang baik, perlu dibuat peraturan mengenai pembentukan peraturan perundang-undangan yang dilaksanakan dengan cara dan metode yang pasti, baku, dan standar yang mengikat semua lembaga yang berwenang membentuk peraturan perundang-undangan tersebut. Diperlukan naskah akademik yang merupakan naskah hasil penelitian atau pengkajian hukum dan hasil penelitian lainnya terhadap suatu masalah tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah mengenai pengaturan masalah tersebut dalam suatu Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, atau Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota sebagai solusi terhadap permasalahan dan kebutuhan hukum masyarakat. Pemikiran ilmiah tersebut mengarah kepada penyusunan argumentasi filosofis, sosiologis serta yuridis guna mendukung perlu atau tidak perlunya penyusunan Rancangan Undang-Undang atau Rancangan Peraturan Daerah.

Mengingat masih adanya ruang norma yang belum diatur secara khusus tentang Perlindungan Dan Izin Tenaga Kesehatan, kemudian faktual adanya peristiwa-peristiwa yang menyebabkan tenaga kependidikan berurusan hukum dalam menjalankan tugasnya, maka dengan tersusunnya naskah akademik ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan bagi pengambil keputusan Pemerintah Daerah Kabupaten Mahakam Ulu dalam upaya melindungi tenaga kesehatan agar tenaga kesehatan dapat bekerja secara profesional tanpa takut dikriminalisasi.

Tim Penyusun menyadari sepenuhnya, walaupun telah bekerja keras melakukan yang terbaik dalam penyusunan naskah akademik ini, namun tentu saja masih terdapat kelemahan dan kekurangan bahkan mungkin ada kesalahan dalam penyajian tulisan ini. Akhirnya dalam kesempatan ini, tim menyampaikan ucapan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah turut serta membantu dalam memberikan kontribusi pemikiran, perhatian dan bantuannya terhadap penyelesaian serta penyusunan naskah akademik dan draft rancangan peraturan daerah tentang Perlindungan Dan Izin Tenaga Kesehatan dan semoga bermanfaat.

Samarinda, 02 Juli 2021
Badan Kajian Hukum dan Sosial Kemasyarakatan
Universitas Mulawarman

Ketua,



Prof.H.Sarosa Hamongpranoto,S.H.,M.Hum.

1	HALAMAN JUDUL	i
2	BERITA ACARA	ii
3	SEKAPUR SIRIH	iii
4	KATA PENGANTAR	v
5	DAFTAR ISI	viii
6	BAB I PENDAHULUAN	
	1.1. Latar Belakang	1
	1.2. Identifikasi Masalah	4
	1.3. Tujuan dan Manfaat	5
	1.4. Metode	5
	1.5. Desain	8
	1.6. Sistematika Penulisan	9
7	BAB II TINJAUAN TEORITIS DAN EMPIRIS PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA KESEHATAN KABUPATEN MAHAKAM ULU	
	2.1. Teoritik	12
	2.1.1. Teori Perlindungan	12
	2.1.2. Teori Kewenangan	18
	2.1.3. Teori Hukum administrasi Negara (Izin, Dispensasi, Lisensi, dan Konsesi)	21
	2.1.4. Konsep Tentang Kesehatan	26
	2.2. Kajian Empiri:	38
	2.2.1. Gambaran Umum Kabupaten Mahakam Ulu	38
	2.2.2. Data Tenaga Kesehatan	43
	2.2.3. Data Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu	34
	2.2.4. Situasi Derajat Kesehatan Masyarakat Kabupaten Mahakam Ulu	46
	2.2.5. Upaya Kesehatan	60
	2.2.6. Analisis Terhadap Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan dan Data Peraturan Daerah Kesehatan Bertentangan dengan Peraturan Perundang-Undangan	72

**8 BAB III ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT
PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA KESEHATAN**

3.1.	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan	79
3.2	Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah	86
3.4	Analisis Kepegawaian (Tenaga Kesehatan)	86
3.5.	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan	103
3.6.	Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran	123
3.7.	Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan	129
3.8	Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian	139
3.9.	Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan	145
3.10.	Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2013 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan	160

**9 BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS
PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA KESEHATAN
KABUPATEN MAHAKAM ULU**

4.1.	Landasan Filosofis Terhadap Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan	163
4.2.	Landasan Sosiologis Terhadap Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan	169
4.3.	Landasan Yuridis Terhadap Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan	172

10 BAB V ARAH, JANGKAUAN, DAN RUANG LINGKUP PENGATURAN

5.1. Arah Pengaturan Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan	179
5.2. Jangkauan Pengaturan Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan	179
5.3. Ruang Lingkup Pengaturan Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan	180

11 BAB VI PENUTUP

6.1. Kesimpulan	194
6.2. Saran/ Rekomendasi	194

12 DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Problem yang dihadapi oleh beberapa daerah Indonesia dalam pemenuhan pelayanan kesehatan adalah sedikitnya atau minimnya tenaga kesehatan. Tenaga Kesehatan yang mau secara sadar dan ikhlas bertugas di daerah yang tertinggal. Banyak Daerah Kabupaten/Kota di Indonesia yang masih termasuk kategori tertinggal, sehingga disebut daerah kategori 3T (Terdepan, Terluar, dan Tertinggal). Seperti yang dilansir beberapa waktu lalu melalui Kontan.co.id, memberitakan: Presiden Joko Widodo (Jokowi) menetapkan 62 kabupaten sebagai daerah tertinggal periode 2020 - 2024. Jumlah ini menurun dari periode sebelumnya yang mencapai 122 kabupaten. Keputusan ini tertuang dalam Peraturan Presiden (Perpres) no. 63 tahun 2020 tentang penetapan daerah tertinggal, yang diundangkan di Jakarta.¹

Sesuai Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal, disajikan daftar daerah tertinggal tersebut.

Tabel 1.1: Daftar Daerah Tertinggal 2020 - 2024

No	Provinsi	Kabupaten
1	Sumatera Utara	Nias
2	Sumatera Utara	Nias Selatan
3	Sumatera Utara	Nias Utara
4	Sumatera Utara	Nias Barat
5	Sumatera Barat	Kepulauan Mentawai
6	Sumatera Selatan	Musi Rawas Utara
7	Lampung	Pesisir Barat
8	Nusa Tenggara Barat	Lombok Utara
9	Nusa Tenggara Timur	Sumba Barat

¹ <https://nasional.kontan.co.id/news/jokowi-tetapkan-62-kabupaten-ini-sebagai-daerah-tertinggal-periode-2020-2024>, Berita dimuat Minggu, 10 Mei 2020 / 12:39 WIB

10	Nusa Tenggara Timur	Sumba Timur
11	Nusa Tenggara Timur	Kupang
12	Nusa Tenggara Timur	Timor Tengah Selatan
13	Nusa Tenggara Timur	Belu
14	Nusa Tenggara Timur	Alor
15	Nusa Tenggara Timur	Lembata
16	Nusa Tenggara Timur	Rote Ndao
17	Nusa Tenggara Timur	Sumba Tengah
18	Nusa Tenggara Timur	Sumba Barat Daya
19	Nusa Tenggara Timur	Menggarai Timur
20	Nusa Tenggara Timur	Sabu Raiju
21	Nusa Tenggara Timur	Malaka
22	Sulawesi Tengah	Donggala
23	Sulawesi Tengah	Tojo Una-Una
24	Sulawesi Tengah	Sigi
25	Maluku	Maluku Tenggara Barat
26	Maluku	Kepulauan Aru
27	Maluku	Seram Bagian Barat
28	Maluku	Seram Bagian Timur
29	Maluku	Maluku Barat Daya
30	Maluku	Buru Selatan
31	Maluku Utara	Kepulauan Sula
32	Maluku Utara	Pulau Taliabu
33	Papua Barat	Teluk Wondama
34	Papua Barat	Teluk Bintuni
35	Papua Barat	Sorong Selatan
36	Papua Barat	Sorong
37	Papua Barat	Tambrauw
38	Papua Barat	Maybrat
39	Papua Barat	Manokwari Selatan
40	Papua Barat	Pegunungan Arfak
41	Papua	Jayawijaya
42	Papua	Nabire
43	Papua	Paniai
44	Papua	Puncak Jaya
45	Papua	Boven Digoel
46	Papua	Mappi
47	Papua	Asmat
48	Papua	Yahukimo
49	Papua	Pegunungan Bintang
50	Papua	Tolikara
51	Papua	Keerom

52	Papua	Waropen
53	Papua	Supiori
54	Papua	Mamberamo Raya
55	Papua	Nduga
56	Papua	Lanny Jaya
57	Papua	Mamberamo Tengah
58	Papua	Yalimo
59	Papua	Puncak
60	Papua	Dogiyai
61	Papua	Intan Jaya
62	Papua	Deiyai

Sumber: Lampiran Perpres Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020 – 2024

Berdasarkan penetapan daerah tertinggal ini, maka Kabupaten Mahakam Ulu bukan sebagai daerah tertinggal. Meskipun pada faktanya masih tertinggal pada bagian tertentu, seperti infrastruktur berupa jalan dan jembatan masih belum terbangun secara sempurna. Artinya ada wilayah yang belum terjangkau atau belum tersambung. Bidang lain seperti pendidikan yang masih tertinggal, bidang kesehatan juga demikian, Rumah sakit daerah belum tersedia termasuk tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang masih kurang, sehingga wilayah yang sulit terjangkau bahkan belum ada tenaga kesehatannya.

Tenaga kesehatan yang ada pun dengan segala keterbatasannya ternyata dengan kondisi diapangan dibutuhkan tindakan medis. Seperti ibu-ibu melahirkan di kampung-kampung perlu tindakan medis segera, sementara yang ada cuma perawat medis atau bahkan bidan beranak kampung. Demikian pula dengan penyakit yang dialami hanya perlu rawat jalan atau perawatan dirumah yang sewaktu-waktu perlu tindakan medis. Kondisi ini menyebabkan tenaga medis mau tidak mau dengan alasan kemanusiaan harus mengambil tindakan medis. Sementara tenaga medis yang ada tidak dibekali dengan kepastian perlindungan hukum yang pasti di daerah Kabupaten Mahakam

Ulu bila terjadi peristiwa itu. Kekhawatiran yang wajar karena dalam benak hati tenaga medis sebenarnya tersirat ketakutan bila tindakan medis itu gagal sehingga menimbulkan kesengsaraan bagi pasien dan bahkan kematian dianggap sebagai perbuatan malpraktek, meskipun prosedur tindakan medis itu sudah benar dilakukan. Ini bisa berakhir pada pemidanaan karena dianggap malpraktek medis.

Demikian pula terkait dengan praktek medis diluar rumah sakit, diperlukan izin bagi tenaga medis. Pemasalahan ini belum ada payung hukum bagaimana tenaga medis dapat memberikan pelayanan kesehatan secara khusus di luar kedinasannya kepada masyarakat.

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan pada latar belakang yang telah disampaikan di atas, maka persoalan terletak pada perlindungan dan izin tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu.

Tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu dihadapkan pada letak geografis yang sulit. Akses terbatas terhadap keberadaan mereka dalam menjalankan tugas, sangat beresiko yang sewaktu-waktu mengancam keselamatan kerja mereka. Kondisi alam yang tidak bersahabat, misalnya perjalanan yang ditempuh melalui jalur sungai Mahakam, karena akses darat yang belum tembus dan belum layak untuk dilewati. Tenaga kesehatan juga diperlukan perlindungan hukum dalam menjalankan tugas. Resiko tidak tertolongnya pasien bisa saja menjadi alasan masyarakat untuk menyatakan adanya malpraktek bagi tenaga kesehatan atau tenaga medis.

Tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya dapat membuka praktek untuk memberikan pelayanan kesehatan secara khusus. Untuk memberikan pelayanan kesehatan dimaksud dibutuhkan izin praktek. Kewenangan pemberian izin tenaga kesehatan ini menjadi kewenangan atributif dari Pemerintah

Kabupaten/Kota, dalam hal ini Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu. Hanya saja sampai saat ini belum ada perangkat regulasi daerah Kabupaten Mahakam ulu yang mengatur bagaimana pemberian izin tersebut dapat diberikan. Belum adanya perangkat hukum yang mengaturnya, sehingga Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu tidak ada dasar dalam pemberian izin tersebut.

1.3. Tujuan dan Manfaat

Adapun tujuan dari perlindungan dan izin Tenaga kesehatan ini, sebagai berikut:

- a. Terciptanya sistem pemberian perlindungan, khususnya perlindungan hukum dan pemberian izin tenaga kesehatan.
- b. Terciptanya keamanan dalam menjalankan tugas bagi tenaga kesehatan karena regulasi daerah telah memberikan jaminan kepastian hukumnya.

Manfaat dari Naskaha akademik tentang perlindungan dan izin tenaga kesehatan, yaitu:

- a. Adanya justifikasi ilmiah secara yuridis mengenai perlindungan dan izin tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu.
- b. Sebagai dasar dalam menyusun rancangan peraturan daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Perlindungan dan izin tenaga kesehatan.

1.4. Metode

Adapun metode yang digunakan dalam penelitian dan kajian ini, yaitu sebagai berikut:

a. Jenis Pendekatan

1. Kajian Normatif.

Kajian normatif atau penelitian hukum normatif disebut juga penelitian hukum doktrinal. Pada penelitian hukum jenis ini hukum dikonsepsikan sebagai apa yang tertulis dalam peraturan perundang-undangan (*Law inbooks*) atau hukum dikonsepsikan

sebagai kaidah atau norma yang merupakan patokan berperilaku manusia yang dianggap pantas. Oleh karena itu kajian normatif ini mengukur pada 2 (dua) variabel yang keduanya tidak bisa dipisahkan, yaitu (1) substansi pengaturan, dan (2) kewenangan.

Substansi pengaturan adalah mengkaji pada tatanan norma yang ada dalam peraturan perundang-undangan terkait dengan kesehatan, tenaga kesehatan dan peraturan pelaksanaan dan teknis. Kewenangan diukur dari sejauhmana Kabupaten/Kota, yaitu Kabupaten Mahakam Ulu dalam mengatur perlindungan dan izin tenaga kesehatan di wilayahnya.

2. Kajian Empiris

Kajian empiris dilakukan dengan mel langsung di lapangan yaitu di Kabupaten Mahakam Ulu. Adapun yang dilakukan yaitu (1) melakukan pengumpulan data kuantitatif seperti data jumlah tenaga kesehatan, kualifikasi, dan lain-lain. (2) melakukan wawancara dengan sumber seperti tenaga kesehatan, termasuk masyarakat.

b. Sumber bahan dan Jenis Data

Sumber bahan hukum terkait dengan tenaga kesehatan terdiri dari:

- 1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
- 2) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
- 3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
- 4) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran;
- 5) Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
- 6) Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian;
- 7) Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 Tentang

Pengelolaan Tenaga Kesehatan;

- 8) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2013 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Jenis data yang diperlukan dalam penyusunan Naskah akademik ini, yaitu:

1. data jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu
2. Kulifikasi pendidikan tenaga kesehatan
3. Sebaran tempat tenaga kesehatan bertugas
4. Data pelayanan masyarakat oleh tenaga kesehatan yang membuka praktek kesehatan.

c. Analisa Bahan dan Data

Dalam melakukan analisa dalam rangka mengkaji mengenai penormaan yang kemudian diatur dalam bentuk Peraturan Daerah, maka ada 2 (dua) analisa yang harus dilakukan. Analisa yang dilakukan itu yaitu analisa bahan hukum berupa peraturan perundang-undangan. Bentuknya berupa evaluasi atas peraturan perundang-undangan dengan mengkaji asas perundang-undangan baik aturan yang lebih tinggi dan yang lebih rendah, lebih dulu dengan yang kemudian disahkan, yang khusus dengan yang umum. selain secara substansi obyek pengaturan juga pada kewenangan yang dimiliki Kabupaten Mahakam Ulu mengenai perlindungan dan izin tenaga kesehatan.

Analisa data adalah berkaitan dengan data-data yang telah diperoleh berkaitan dengan quisioner yang telah diolah dari responden. Responden di dapat dari Dinas Kesehatan dan Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu di bagian kesejahteraan sosial dan tentu saja masyarakat yang bermukim di wilayah kabupaten Mahakam Ulu.

Mengenai metode analisa deskriptif kualitatif ini menurut Soetandyo Wignyo subroto metode analisis kualitatif merupakan *theory building* untuk meneliti dan memecahkan masalah-masalah

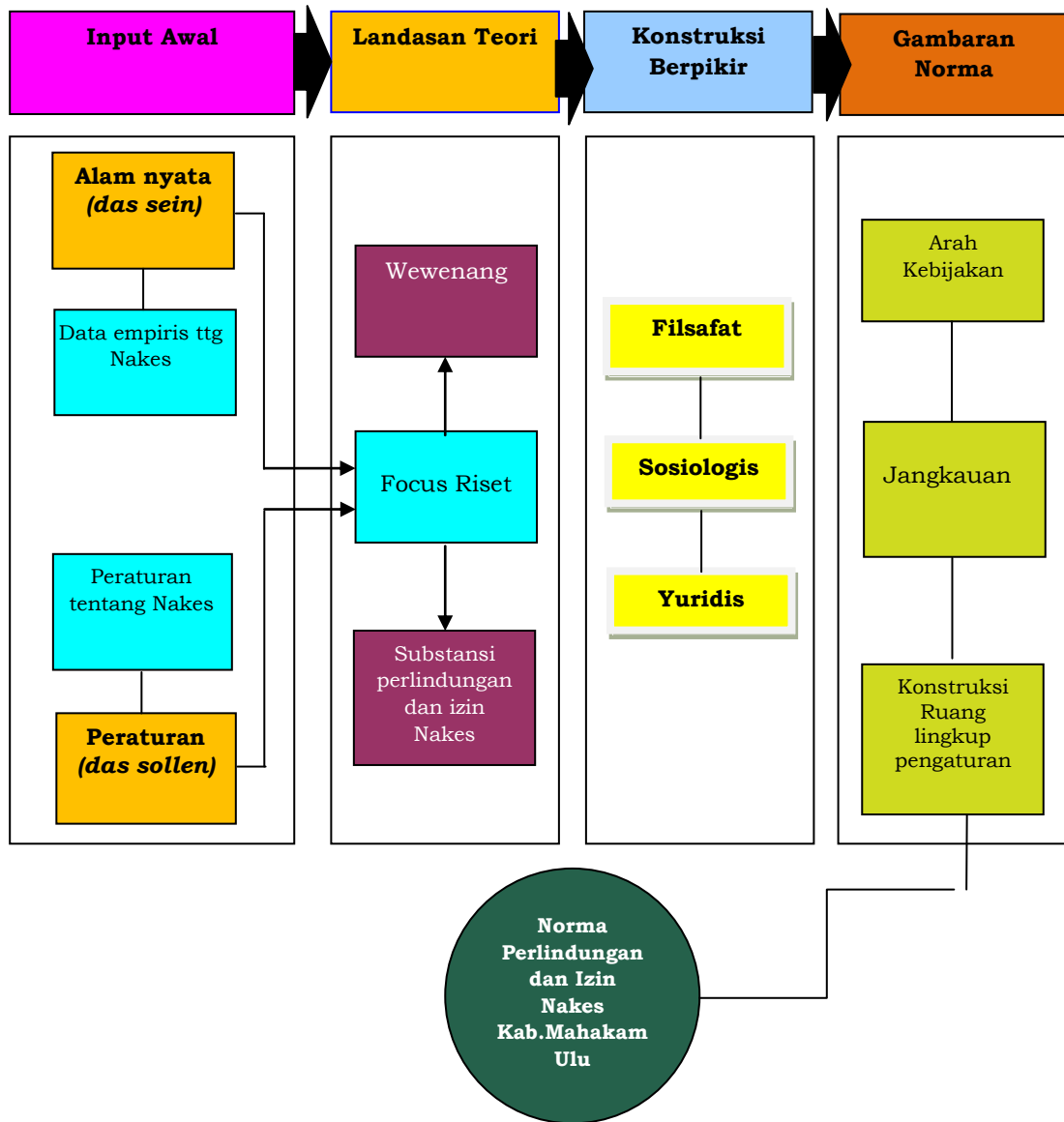
yang dikonsepsikan pada tingkat analisis mikro sebagai realitas simbolik.² Sebagaimana pendapat ini, maka untuk penyampaian analisa dilakukan dengan pola deskriptif kualitatif, meskipun data kuantitatif tersebut dimuat sebagai data yang menyajikan dalam memperkaya khasanah kajian sosiologi yang difokuskan pada aspek kemanfaatan dari adanya penormaan mengenai perlindungan dan izin tenaga kesehatan.

Penyajian analisa dalam naskah akademik ini dengan memadukan data yang bersifat kuantitatif berupa hasil responden yang memberikan pendapat dalam quisioner. Hasil quisioner ini sebagai bentuk implementasi aktualisasi hukum responsif yang mencoba untuk mengukur sejauhmana pendapat masyarakat dalam memberikan tanggapannya terhadap peraturan daerah yang akan dibuat dalam hal perlindungan dan izin tenaga kesehatan.

1.5. Desain

Dalam mempermudah dalam melakukan kajian mendalam penyusunan naskah akademik ini, maka diperlukan flow chat atau desain, sebagai berikut:

² Soetandyo Wignyosubroto, *Metodologi Penelitian Filsafat*, Jakarta: Raja Grafindo Persada, 1982, halaman 5



1.6. Sistematika Penulisan

Penulisan Naskah Akademik ini telah disesuaikan dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan. Oleh karena itu sistematika dalam penulisan Naskah Akademik ini, yaitu:

Bab I Pendahuluan

Bab ini menyajikan yang sifatnya mendasar dalam penyusunan Naskah Akademik perlindungan dan izin tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu, yaitu latar belakang, permasalahan, tujuan dan manfaat, metode, dan desain.

Bab II Tinjauan Teoritis dan Empiris Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu

Bab ini menyajikan landasar teoritis yang dianggap relevan dengan perlindungan dan izin tenaga kesehatan. Sehingga teori yang disajikan adalah teori perlindungan, teori hukum administrasi negara (izin, dispensasi, lisensi, dan konsesi). Untuk konsep yang disajikan seperti Pengertian Tenaga Medis Dan Tenaga Kesehatan, Hubungan Hukum Antara Faskes (Fasilitas Kesehatan, Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan, Pasien/Institusi Lain), Pemenuhan Hak Dan Kewajiban Tenaga Kesehatan, Jenis *Yuridical Malpractice: (1) Criminal Malpractice, (2) Civil Malpractice, (3) Administrative Malpractice*, Tanggungjawab Kesehatan: (1) Tanggungjawab Personal, (2) Tanggungjawab Institusional/ Korporasi

Bab III Analisis Peraturan Perundang-undangan Terkait Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan

Analisis dalam bab ini adalah dengan melakukan analisis pada peraturan perundang-undangan yang terkait dengan perlindungan dan izin tenaga kesehatan. Adapun yang dilakukan analisis baik substansi dan kewenangan adalah (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, (2) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, (3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, (4) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran, (5) Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, (6) Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian, (7) Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan, dan (8) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2013 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Bab IV Landasan Filosofis, Sosiologis, dan Yuridis Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu

Bab ini menyampaikan pesan bahwa perlindungan dan izin tenaga kesehatan wajib diberikan pandangan filosofis sebagai pondasi konstruksi bangunan dari peraturan daerah yang dibentuk. Sosiologi sebagai penyangga desain bangunan konstruksi hukum yang memberikan kemanfaatan bagi tenaga kesehatan. dan Yuridis memberikan pandangan hal yang menjamin kepastian hukum baik substansi maupun kewenangan dalam konstruksi bangunan peraturan perlindungan dan izin tenaga kesehatan.

Bab V Arah, Jangkauan, dan Ruang Lingkup Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu

Bab ini merupakan bagian akhir yang utuh dalam membangun konstruksi hukum untuk membentuk peraturan daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang perlindungan dan izin tenaga kesehatan. Untuk membangun konstruksi tersebut, maka dibutuhkan dalam menentukan arah dan jangkauan pengaturan. Sedangkan ruang lingkup pengaturan disajikan dengan diawali bangunan konstruksi Nilai, Asas, dan Norma hukum yang mengatur perlindungan dan izin yang subyeknya ditentukan bagi tenaga kesehatan.

Bab VI Penutup

Bab ini sebagai akhir dari Naskah akademik ini yang berisi muatan kesimpulan dan saran/rekomendasi.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS DAN EMPIRIS PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA KESEHATAN KABUPATEN MAHAKAM ULU

2.1. Kajian Teoritik

2.1.1. Teori Perlindungan

Kata Perlindungan diawali dari kata dasar “Lindung” diartikan:³ *menempatkan dirinya di bawah (di balik, di belakang) sesuatu supaya tidak terlihat atau tidak kena angin, panas, dan sebagainya*; Lindung bila diberikan berbagai imbuhan, memiliki makna yang sesuai dengan makna kata dasarnya. Kata Lindung diberikan imbuhan me - i, menjadi “melindungi”, berarti menutupi supaya tidak terlihat atau tampak, tidak kena panas, angin, atau udara dingin, dan sebagainya. Kata lindung bila diberikan imbuhan me - kan, menjadi melindungi

Secara umum, perlindungan berarti mengayomi sesuatu dari hal-hal yang berbahaya, sesuatu itu bisa saja berupa kepentingan maupun benda atau barang. Selain itu perlindungan juga mengandung makna pengayoman yang diberikan oleh seseorang terhadap orang yang lebih lemah. Dengan demikian kata perlindungan memiliki 3 (tiga) unsur, yaitu subyek yang posisinya sebagai Pelindung dan posisinya subyek yang diberikan perlindungan. Sedangkan perlindungan sebagai suatu proses dalam pemenuhan hak-hak dari Pelindung kepada yang diberikan perlindungan.

Dari kata perlindungan ini, maka dihubungkan dengan hukum, maka makna hukum itu sendiri menurut Hans Kelsen⁴ mengartikan hukum adalah tata aturan (*rule*) sebagai suatu sistem aturan-aturan (*rules*) tentang perilaku manusia. Dengan demikian hukum tidak menumpuk pada satu aturan tunggal

³ <https://kbbi.web.id/lindung>, di download tanggal 25 Mei 2021

⁴ Satjipto Raharjo, 2005, Ilmu Hukum, Bandung, Citra Aditya Bakti, hlm

(*rule*) tetapi separangkat aturan (*rules*) yang memiliki satu kesatuan sehingga dapat dipahami sebagai suatu sistem, konsekuensinya adalah tidak mungkin memahami hukum jika hanya memperhatikan satu aturan saja.

Pengertian lain mengenai hukum, disampaikan oleh Sudikno Mertokusumo,⁵ yang mengartikan hukum sebagai kumpulan peraturan-peraturan atau kaidah-kaidah dalam suatu kehidupan bersama, keseluruhan peraturan tentang tingkah laku yang berlaku dalam kehidupan bersama, yang dapat dipaksakan pelaksanaannya dengan suatu sanksi. Hukum sebagai kumpulan peraturan atau kaidah mempunyai isi yang bersifat umum dan normatif, umum karena berlaku bagi setiap orang dan normatif karena menentukan apa yang seyogyanya dilakukan, apa yang tidak boleh dilakukan atau harus dilakukan serta bagaimana cara melaksanakan kepatuhan kepada kaedah-kaedah.

Dengan penambahan perlindungan di depan kata hukum, menjadi “Perlindungan Hukum” menjadi satu kesatuan dari dua kata menjadi memiliki makna yang satu, menurut Satjipto Rahardjo⁶, perlindungan hukum adalah adanya upaya melindungi kepentingan seseorang dengan cara mengalokasikan suatu Hak Asasi Manusia kekuasaan kepadanya untuk bertindak dalam rangka kepentingannya tersebut. Tanggungjawab negara memberikan perlindungan kepada siapa pun dalam kedudukannya dalam hukum meskipun dalam kasus dan berposisi sebagai pihak yang dipersalahkan.

Sedangkan menurut C.S.T. Kansil⁷ perlindungan hukum adalah berbagai upaya hukum yang harus diberikan oleh aparat penegak hukum untuk memberikan rasa aman, baik secara

⁵ Sudikno Mertokusumo, 1999, Mengenal Suatu Hukum Pengantar, Yogyakarta, Liberty, hlm 5

⁶ Satjipto Rahardjo, 2003, Sisi-Sisi Lain dari Hukum di Indonesia, Jakarta, Kompas, hlm 121

⁷ C.S.T. Kansil, 1989, Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia, Jakarta, Balai Pustaka, hlm102

pikiran maupun fisik dari gangguan dan berbagai ancaman dari pihak manapun. Philipus M. Hadjon⁸ berpendapat bahwa perlindungan hukum adalah suatu tindakan untuk melindungi atau memberikan pertolongan kepada subjek hukum, dengan menggunakan perangkat-perangkat hukum. Perlindungan hukum merupakan suatu konsep yang universal dari negara hukum. Pada dasarnya, perlindungan hukum terdiri atas dua bentuk, yaitu perlindungan hukum preventif dan perlindungan hukum represif yakni: Perlindungan Hukum Preventif yang pada dasarnya preventif diartikan sebagai pencegahan. Perlindungan hukum preventif sangat besar artinya bagi tindak pemerintah yang didasarkan pada kebebasan bertindak karena dengan adanya perlindungan hukum yang preventif pemerintah terdorong untuk bersikap hati-hati dalam mengambil keputusan. Bentuk perlindungan hukum preventif terdapat dalam peraturan perundang-undangan guna mencegah terjadinya suatu pelanggaran serta untuk memberikan batasan-batasan dalam melakukan kewajiban. Perlindungan Hukum Represif berfungsi untuk menyelesaikan sengketa yang telah muncul akibat adanya pelanggaran. Perlindungan ini merupakan perlindungan akhir yang berupa pemberian sanksi terhadap pelanggaran yang telah dilakukan.

Dengan demikian, perlindungan hukum dapat diartikan dengan segala upaya pemerintah untuk menjamin adanya kepastian hukum untuk memberi perlindungan kepada warga negaranya agar hak-haknya sebagai seorang warganegara tidak dilanggar, dan bagi yang melanggarnya akan dapat dikenakan sanksi sesuai peraturan yang berlaku.⁹

Kemudian perlindungan hukum yang masuk dalam bentuk represif atas suatu sengketa, maka baik pihak yang disebut

⁸ Philipus M. Hadjon, 2011, Pengantar Hukum Administrasi Indonesia, Yogyakarta, Gajah Mada University Press, hlm 10.

⁹ Pemegang Paten Perlu Perlindungan Hukum”, Republika, 24 Mei 2004

sebagai pelaku dan pihak lain sebagai korban, maka negara mendudukannya dalam memberikan perlindungan hukum adalah netral dan semuanya berhak diberikan perlindungan hukum. Hukum tidak boleh dibuat dan menimbulkan deskriminasi perlakuan.

Perlindungan hukum dalam kasus pidana, maka sudah pasti adanya menjadi pelaku kejahatan, dan korban kejahatan. Namun demikian Negara tetap memberikan perlindungan hukum bagi pelaku, terlebih bagi korban (victim). Tujuan diberikannya perlindungan hukum bagi pelaku kejahatan adalah untuk menghormati hak asasi si pelaku kejahatan agar nasibnya tidak terkatung-katung, adanya kepastian hukum bagi si pelaku, serta menghindari perlakuan sewenang-wenang dan tidak wajar.¹⁰ Perlindungan hukum bagi pelaku kejahatan (tersangka atau terdakwa) dalam sistem hukum pidana nasional banyak diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (selanjutnya disebut KUHAP). Beberapa bentuk perlindungan terhadap pelaku kejahatan yang dapat ditemukan dalam KUHAP, antara lain sebagai berikut:¹¹

- 1) Hak untuk mengetahui dasar/alasan penangkapan, penahanan dan/atau penjatuhan pidana terhadap dirinya. Hak-hak ini dapat dilihat pada Pasal 50, Pasal 51, dan Pasal 59 KUHAP.
- 2) Hak untuk memperoleh ganti kerugian maupun rehabilitasi, apabila penangkapan penahanan ataupun penjatuhan pidana terhadap dirinya tidak berdasarkan hukum. Hak ini dapat ditemukan dalam Pasal 95, Pasal 97 KUHAP.
- 3) Hak untuk mengeluarkan pendapat baik secara lisan maupun tulisan. Hak ini dapat dilihat pada Pasal 60, Pasal 61, Pasal 62 KUHAP.

¹⁰ Dikdik M. Arief Mansur dan Elisatris Gultom, 2009, *Cyber Law* Aspek Hukum Teknologi Informasi, Jakarta, Refika Aditama, hlm 20.

¹¹ Ibid, hlm 18.

- 4) Hak untuk tidak mengeluarkan pernyataan (hak untuk diam). Hak ini dapat ditemukan dalam Pasal 52 KUHAP.
- 5) Hak untuk diperlakukan sama (tanpa diskriminasi). Hak ini dapat dilihat pada Pasal 153, Pasal 158 KUHAP.
- 6) Hak untuk didampingi oleh penasihat hukum. Hak ini dapat dilihat pada Pasal 54, Pasal 55, Pasal 56, Pasal 57, Pasal 58 KUHAP.

Menurut Kansil¹², dalam KUHAP pelaku kejahatan diberikan hak; yakni

- 1) Untuk diberitahukan dengan jelas dalam bahasa yang dimengerti olehnya tentang apa yang disangkakan atau didakwakan;
- 2) Untuk menerima kunjungan dokter pribadinya selama penahanan untuk kepentingan kesehatan, baik yang ada hubungannya dengan proses perkara maupun tidak;
- 3) Untuk menerima kunjungan dokter keluarga untuk mendapat jaminan bagi penangguhan penahanan ataupun untuk usaha mendapatkan bantuan hukum ataupun untuk kepentingan pekerjaan atau kepentingan kekeluargaan;
- 4) Untuk menghubungi dan menerima kunjungan dari rohaniawan;
- 5) Untuk diadili di sidang pengadilan yang terbuka untuk umum;
- 6) Tidak dibebankan kewajiban pembuktian.

Perlindungan Hukum terlebih diberikan kepada korban kejahatan, perlindungan hukum pada korban kejahatan secara memadai tidak saja merupakan isu nasional tapi juga internasional. Pentingnya perlindungan korban kejahatan memperoleh perhatian serius, hal tersebut dapat dilihat dari dibentuknya *Declaration of Basic Principles of Justice for Victims of*

¹² Ibid hlm 19.

Crime and Abuse of Power oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa, sebagai hasil dari *The Seventh United Nation Congress on The Prevention of Crime and the Treatment of Offenders*, yang berlangsung di Milan, Italia, September 1985. Dalam Deklarasi Milan 1985 tersebut, bentuk perlindungan yang diberikan mengalami perluasan, tidak hanya ditujukan pada korban kejahatan (*victims of crime*) tetapi juga perlindungan terhadap korban akibat penyalahgunaan kekuasaan (*abuse of power*). eklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa Nomor 40/A/Res/34 Tahun 1985 telah menetapkan beberapa hak korban agar lebih mudah memperoleh akses keadilan, khususnya dalam proses peradilan yaitu:

- 1) *Compassion, respect and recognition;*
- 2) *Receive information and explanation about the progress of the case;*
- 3) *Provide information;*
- 4) *Providing proper assistance;*
- 5) *Protection of privacy and physical safety;*
- 6) *Restitution and compensastion;*
- 7) *To access to the mechanism of justice system.*

Hukum Indonesia menempatkan korban sebagai pihak yang paling dirugikan, karena selain korban telah menderita kerugian akibat kejahatan yang menimpa dirinya, baik secara materiil, fisik dan psikologis, korban juga harus menanggung derita berganda karena tanpa disadari sering diperlakukan hanya sebagai sarana demi terwujudnya sebuah kepastian hukum, misalnya harus kembali mengemukakan, mengingat bahkan merekonstruksi kejahatan yang menyimpannya demi kepentingan penyelidikan, penyidikan maupun saat di pengadilan. Perlindungan hukum terhadap korban kejahatan diperlukan dalam suatu negara salah satunya dikarenakan sudah banyaknya korban yang berjatuhan karena tidak adanya jaminan yang diberikan terhadap korban maupun saksi dari suatu kejahatan.

2.1.2. Teori Kewenangan

Mengenai kewenangan, maka tidak mungkin dipisahkan dengan kekuasaan. Oleh karena itu kewenangan atau wewenang adalah istilah yang biasa digunakan dalam bidang hukum publik. Namun demikian sesungguhnya kewenangan berbeda dengan wewenang. Menurut Diah Retuning Maharani, bahwa kewenangan merupakan kekuasaan formal. Yang berasal dari kekuasaan legislatif (diberi oleh undang-undang) atau dari kekuasaan eksekutif/administrasi. Di dalam kewenangan terdapat wewenang-wewenang (*rechtbevoegheden*). Sedangkan wewenang (*authority*) adalah hak untuk memberi perintah, dan kekuasaan untuk meminta dipatuhi.¹³

Beberapa pendapat mengenai wewenang itu sendiri sebagai dasar berpikir seperti Herbert A.Simon,¹⁴wewenang adalah suatu kekuasaan untuk mengambil keputusan dan berkaitan dengan hubungan atasan pimpinan dengan bawahan.Sedangkan menurut SF. Marbun¹⁵ wewenang adalah kemampuan untuk melakukan suatu tindakan hukum publik (*yuridis*), juga sebagai kemampuan bertindak yang diberikan undang-undang untuk melakukan hubungan hukum.

Sedangkan menurut Prajudi Atmosudirjo,¹⁶ mengatakan wewenang adalah kekuasaan untuk melakukan suatu tindakan hukum publik.Kewenangan atau wewenang adalah suatu istilah yang biasa digunakan dalam lapangan hukum publik.Namun sesungguhnya terdapat perbedaandiantara keduanya. Kewenangan adalah apa yang disebut “kekuasaan formal”, kekuasaan yang berasal dari kekuasaan yang diberikan oleh

¹³ Diah Retuning Maharani, *www Teori Kewenangan.com*, diunduh tanggal 12 April 2011

¹⁴ Herbert A.Simon, *Perilaku Administarsi* (terjemahan), (Jakarta, Bina Aksara, 1984), halaman 195

¹⁵ SF.Marbun, *Peradilan Administrasi Negara dan Upaya Administrasi di Indonesia*, (Yogyakarta, Liberty, 2005), halaman 154

¹⁶ Prajudi Atmosudirjo, *Hukum Administrasi Negara*, (Jakarta, Bhakti Indonesia, 1998), halaman 76

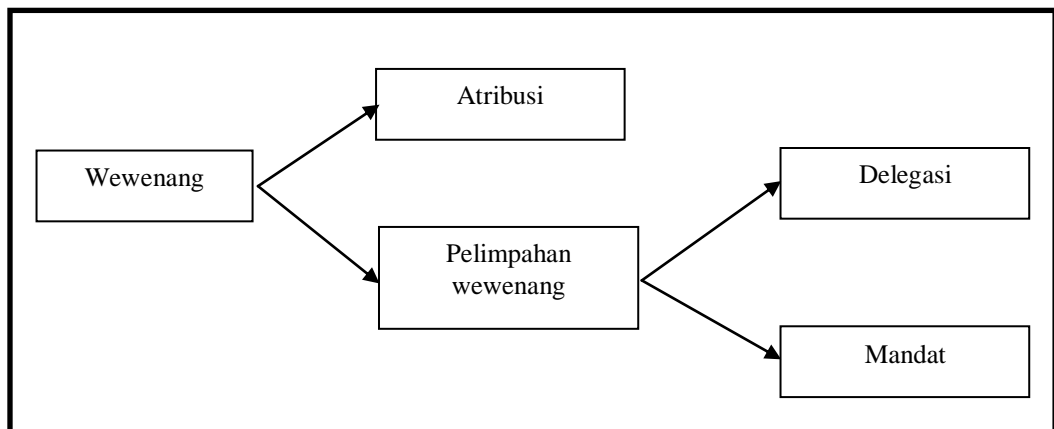
Undang-undang atau legislatif dari kekuasaan eksekutif atau administratif. Karenanya, merupakan kekuasaan dari golongan orang tertentu atau kekuasaan terhadap suatu bidang pemerintahan atau urusan pemerintahan tertentu yang bulat.

Sedangkan “wewenang” hanya mengenai suatu “*onderdeel*” (bagian) tertentu saja dari kewenangan. Kewenangan diperoleh oleh seseorang melalui 2 (dua) cara yaitu dengan atribusi atau dengan pelimpahan wewenang.

Atribusi adalah wewenang yang melekat pada suatu jabatan. Dalam tinjauan Hukum Tata Negara, atribusi ini ditunjukkan dalam wewenang yang dimiliki oleh organ pemerintah dalam menjalankan pemerintahannya berdasarkan kewenangan yang dibentuk oleh pembuat undang-undang. Atribusi ini menunjuk pada kewenangan asli atas dasar konstitusi (UUD) atau peraturan perundang-undangan. Selain secara atribusi, wewenang juga dapat diperoleh melalui proses pelimpahan yang disebut :

- a. delegasi
- b. mandate

Bagan 3
Pembagian Wewenang



Oleh karena itu dalam wewenang juga dikenal pendelegasian. Pendelegasian wewenang ini, maka orang yang

menerima delegasi disebut delegan. Philipus Hardjon¹⁷ berpendapat mengenai delegasi ini terdapat syarat-syarat yang harus dipenuhi, sebagai berikut :

- a. Delegasi harus definitif, artinya delegans tidak dapat lagi menggunakan sendiri wewenang yang telah dilimpahkan itu.
- b. Delegasi harus berdasarkan ketentuan perundang-undangan, artinya delegasi hanya dimungkinkan kalau ada ketentuan untuk itu dalam peraturan perundang-undangan.
- c. Delegasi tidak kepada bawahan, artinya dalam hubungan hirarki kepegawaian, tidak diperkenankan adanya delegasi.
- d. Kewajiban memberi keterangan (penjelasan); artinya delegans memberikan untuk meminta penjelasan tentang pelaksanaan wewenang tersebut.
- e. Peraturan kebijakan (*beleidsregel*), artinya delegans memberikan instruksi (petunjuk) tentang penggunaan wewenang tersebut.

Delegasi sebagai bentuk dari pelimpahan wewenang, merupakan mandat yang diterima oleh delegans. Mandat sendiri menurut Kolsteren¹⁸ mengatakan berasal dari bahasa latin, “*mandatum*”, kata kerjanya *mandare*, -atum yang berarti melimpahkan (*overdragen*), mempercayakan (*toevertrouwen*), memerintahkan (*bevelen*).

“*Mandat*” artinya pemberi beban (*lastgever*) dan berasal juga dari bahasa latin “*mandans*”. Dalam pemberian kuasa berlaku asas yang maksudnya setiap pemberian kuasa harus didasarkan atas alasan yang sah (*Mandatum nisi gratuitum nullum est*).

Dengan demikian delegasi sebagai bentuk pelimpahan wewenang, tetapi tidaklah sama dengan mandat. Dimana mandat sebagai suatu pelimpahan kekuasaan yang melaksanakan tidak bertindak atas nama sendiri.

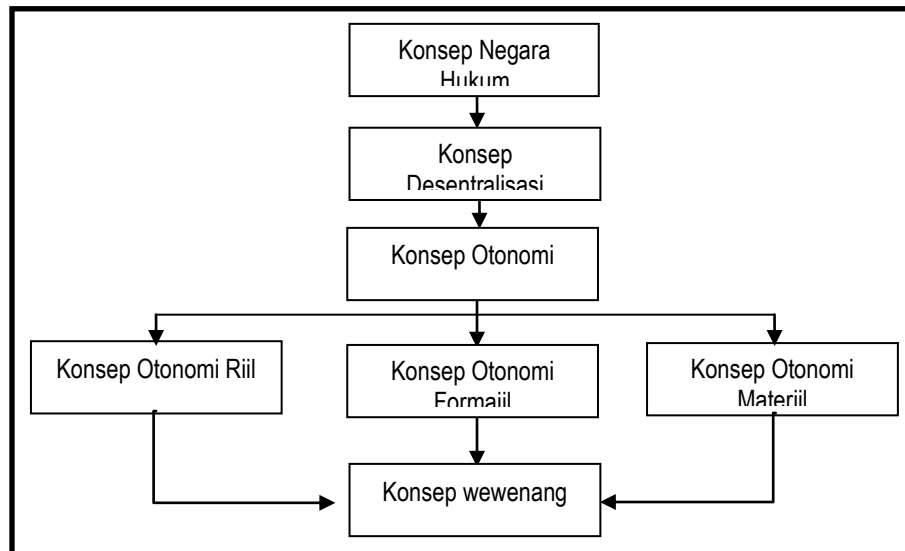
Berkaitan dengan pelimpahan wewenang dalam kekuasaan, maka di Indonesia dapatlah Penulis gambarkan mengenai

¹⁷ Philipus.M. Hardjon, *Op.Cit*, halaman 187

¹⁸ Kolsteren A, *Prisma Vreemde Woordenboek*, cet.IV, (Het SpectrumN.V) Utrecht, hlm 198. Dikutip dalam Suwoto Mulyosudarmo, *Kekuasaan dan Tanggung Jawab Presiden Republik Indonesia*, Disertasi Fakultas Pascasarjana UNAIR, (Surabaya, 1990), halaman 85

pelimpahan wewenang yang berkaitan dengan Negara Hukum yaitu Indonesia. Pelaksanaan desentralisasi, otonomi daerah dan pelimpahan wewenang itu sendiri penulis gambarkan sebagai berikut:

Bagan 4
Konsep Mengenai Negara Hukum dan Konsep Wewenang



2.1.3. Teori Hukum administrasi Negara (Izin, Dispensasi, Lisensi, dan Konsesi)

Hukum Administrasi Negara (HAN) sebagai bagian dari ilmu hukum yang mempelajari bagaimana sistem kelembagaan bisa berjalan. Sehingga untuk menggerakkannya diperlukan hukum administrasi yang menggerakkannya.

Ada beberapa pandangan mengenai Administrasi Negara dari beberapa pakar, yaitu:

1. Leonard D. White menganggap bahwa administrasi negara adalah keseluruhan operasi (aktivitas-aktivitas kerja) yang bertujuan menyelenggarakan/menegakkan kebijaksanaan kenegaraan.
2. Demock & Koening mengartikan administrasi negara ke dalam 2 (dua) bagian, yaitu; dalam arti luas, administrasi negara adalah kegiatan negara dalam melaksanakan kekuasaan politiknya, dalam arti sempit, administrasi negara adalah

kegiatan eksekutif dalam penyelenggaraan pemerintah.

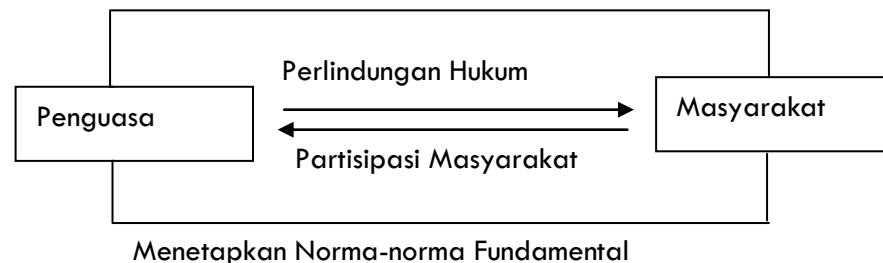
3. Dwight Waldo mengatakan bahwa Administrasi Negara mengandung 2 (dua) pengertian, yaitu; Administrasi Negara adalah organisasi dan manajemen dari manusia dan benda guna mencapai tujuan pemerintahan. Administrasi Negara adalah suatu senidan ilmu tentang manajemen yang dipergunakan untuk mengatur urusan-urusan negara.
4. Pradjudi Atmosudirdjo mengatakan bahwa Administrasi Negara adalah fungsi bantuan penyelenggaraan dari pemerintah, artinya pemerintah (pejabat) tidak dapat menunaikan tugas-tugas dan kewajibannya tanpa administrasi negara.
Fungsi Administrasi Negara mempunyai 2 (dua) arti ;
 - a. Administrasi Negara adalah administrasi dari Negara sebagai organisasi. Dalam pengertian ini di Indonesia dijalankan oleh Presiden sebagai pemerintah merangkap sebagai administrator negara dengan memimpin suatu aparatur negara.
 - b. Administarsi Negara adalah administarai yang mengejar tercapainya tujuan-tujuan yang bersifat kenegaraan. Di Indonesia hal ini dijalankan oleh pejabat negara yang disertai pimpinan dan tanggungjawab atas suatu kesatuan organisasi kenegaraan (departemen, dinas, lembaga propinsi, kabupaten, kecamatan, dll)
5. Utrecht menganggap bahwa Administrasi Negara adalah gabungan jabatan-alat administrasi yang dibawah pimpinan pemerintah (presiden dibantu oleh menteri-menteri) yang melakukan sebagian dari pekerjaan pemerintah, bagian/fungsi administrasi yang tidak ditugaskan kepada badan-badan yudikatif, legislatif dan badan pemerintahan dari persekutuan-persekutuan hukum yang lebih rendah dari negara yaitu badan-badan pemerintahan dari persekutuan hukum daerah

swatantra I dan II dan daerah istimewa¹⁹

Di Indonesia sesuai dengan rapat staff Pengajar Fakultas Hukum Negeri seluruh Indonesia pada tanggal 26-28 Maret 1973 di Cibulan, memutuskan bahwa sebaiknya istilah yang dipakai adalah Hukum Administrasi Negara, dengan alasannya:

1. Hukum Administrasi Negara merupakan istilah yang luas pengertiannya, sehingga membuka kemungkinan kearah pengembangan cabang ilmu hukum ini yang lebih sesuai dengan perkembangan pembangunan dan kemajuan Negara Kesatuan Republik Indonesia di masa yang akan datang.
2. Lebih mudah dipahami dan dimengerti. Skema Deskripsi Hukum Administrasi Negara, dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2: Diskripsi Hukum Administrasi Negara
Mengatur dan Mengendalikan



Izin dalam arti luas berarti suatu peristiwa dari penguasa berdasarkan Peraturan Perundang-undangan untuk melakukan tindakan atau perbuatan tertentu yang secara umum dilarang. Dengan memberi izin, penguasa memperkenankan orang yang memohonnya untuk melakukan tindakan-tindakan tertentu yang sebenarnya dilarang demi memperhatikan kepentingan umum yang mengharuskan adanya pengawasan. Adapun pengertian Perizinan adalah salah satu bentuk pelaksanaan fungsi peraturan dan bersifat pengendalian yang dimiliki oleh pemerintah terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat. Perizinan dapat berbentuk pendaftaran,

¹⁹ (Philipus M. Hadjon dkk,1994 Pengantar Hukum Administrasi Indonesia,Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.:24).

rekomendasi sertifikasi penentuan kuota dan izin untuk melakukan sesuatu usaha yang biasanya harus dimiliki atau diperoleh suatu organisasi perusahaan atau seseorang sebelum yang bersangkutan dapat melakukan suatu kegiatan atau tindakan

Izin (*vergunning*) adalah suatu persetujuan dari penguasa berdasarkan undang-undang atau peraturan pemerintah untuk dalam keadaan tertentu menyimpang dari ketentuan-ketentuan larangan peraturan perundang-undangan. Selain itu izin juga dapat diartikan sebagai dispensasi atau pelepasan/pembebasan dari suatu larangan. Perizinan dapat diartikan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan fungsi pengaturan dan bersifat pengendalian yang dimiliki oleh pemerintah terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat. Bentuk perizinan antara lain: pendaftaran, rekomendasi, sertifikasi, penentuan kuota dan izin untuk melakukan sesuatu usaha yang biasanya harus dimiliki atau diperoleh suatu organisasi perusahaan atau seseorang sebelum yang bersangkutan dapat melaksanakan suatu kegiatan atau tindakan. Dengan memberi izin, pengusaha memperkenankan orang yang memohonnya untuk melakukan tindakan.

Instrumen perizinan digunakan untuk mengarahkan/mengendalikan (aturan) aktifitas tertentu, mencegah bahaya yang dapat ditimbulkan oleh aktifitas tertentu, melindungi objek-objek tertentu, mengatur distribusi benda langka, Seleksi orang dan/atau aktifitas tertentu. Dengan tujuan yang demikian maka setiap izin pada dasarnya membatasi kebebasan individu. Dengan demikian wewenang membatasi hendaknya tidak melanggar prinsip dasar negara hukum, yaitu asas legalitas.²⁰

Izin itu sebagai suatu perbuatan hukum yang bersegi satu yang dilakukan oleh pemerintah, sedangkan konsesi adalah

²⁰ Philipus M. Hadjon et al.. Pengantar Hukum Administrasi Indonesia. (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press 1998).

suatu perbuatan hukum yang bersegi dua, yakni suatu perjanjian yang diadakan antara yang memberi konsesi dan yang diberi konsesi. Izin atau *vergunning* adalah “dispensasi dari suatu larangan”. Rumusan yang demikian menumbuhkan dispensasi dengan izin. Dispensasi beranjak dari ketentuan yang dasarnya “melarang” suatu perbuatan, sebaliknya “izin” beranjak dari ketentuan yang pada dasarnya tidak melarang suatu perbuatan tetapi untuk dapat melakukannya disyaratkan prosedur tertentu harus dilalui.²¹ Bahwa istilah izin dapat diartikan tampaknya dalam arti memberikan dispensasi dari sebuah larangan dan pemakaiannya dalam arti itu pula. Bilamana pembuatan peraturan tidak umumnya melarang suatu perbuatan tetapi masih juga memperkenalkannya asal saja diadakan secara yang ditentukan untuk masing-masing hal konkrit maka perbuatan administrasi Negara memperkenankan perbuatan tersebut bersifat suatu izin. Suatu penetapan yang merupakan dispensasi dari suatu larangan oleh undang-undang yang kemudian larangan tersebut diikuti dengan perincian dari pada syarat-syarat, kriteria dan lainnya yang perlu dipenuhi oleh pemohon untuk memperoleh dispensasi dari larangan tersebut disertai dengan penetapan prosedur dan juklak (petunjuk pelaksanaan) kepada pejabat-pejabat administrasi negara yang bersangkutan²²

Menurut Amrah Musliinin, bahwa izin tersebut dibaginya ke dalam tiga bahagian bentuk perizinan (*vergunning*), yaitu :

1. Lisensi, ini merupakan izin yang sebenarnya (*Deiegenlyke*).

Dasar pemikiran mengadakan penetapan yang merupakan lisensi ini ialah bahwa hal-hal yang diliputi oleh lisensi diletakkan di bawah pengawasan pemerintah, untuk

²¹ Atmosoedirjo, Prajudi, Administrasi dan Manajemen Umum. (Jakarta: Ghalia Indonesia 1982) hal 37

²² Atmosoedirjo, Prajudi, Administrasi dan Manajemen Umum. (Jakarta: Ghalia Indonesia 1982) hal 45

mengadakan penertiban. Umpamanya: Izin perusahaan bioskop.

2. Dispensasi, ini adalah suatu pengecualian dari ketentuan umum, dalam hal mana pembuat undang-undang sebenarnya dalam prinsipnya tidak berniat mengadakan pengecualiaan.
3. Konsesi, disini pemerintah menginginkan sendiri dan menganjurkan adanya usaha-usaha; Industri gula atau pupuk dengan memberikan fasilitas-fasilitas kewenangan kewajiban. Contoh: Konsesi pengobatan minyak bumi Konsesi perkebunan tebu untuk industri gula.²³

2.1.4. Konsep Tentang Kesehatan

2.1.4.1. Pengertian Tenaga Medis Dan Tenaga Kesehatan

Pengertian tenaga medis dan tenaga kesehatan tentu saja berbeda. Untuk mengetahui pengertiannya, maka untuk tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, yaitu:

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Sebelum dikeluarkannya Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 (“Putusan MK 82/2015”), tenaga medis yang terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis digolongkan oleh UU 36/2014 sebagai tenaga kesehatan. Pada bagian pertimbangan Putusan MK 82/2015, dokter dan dokter gigi merupakan profesi yang mempunyai kedudukan khusus terkait dengan tubuh dan nyawa manusia, sehingga secara mandiri dokter dan dokter gigi dapat melakukan

²³ Muchsan, Pengantar Hukum Administrasi Negara Indonesia, Liberty, Yogyakarta, 1982, hal. 12

intervensi medis teknis dan intervensi bedah tubuh manusia yang tidak dimiliki jenis tenaga kesehatan lainnya yang dilakukan secara mandiri. Tenaga medis adalah tenaga profesional yang berbeda dengan tenaga vokasi yang sifat pekerjaannya adalah pendelegasian wewenang dari tenaga medis.

Lebih lanjut, karena sifat dan hakikat yang berbeda antara tenaga medis dengan tenaga profesi dan vokasi kesehatan lainnya maka pengaturan substansi profesi kedokteran tidak dapat digabungkan atau disamaratakan dengan profesi lain. Kepastian hukum bagi tenaga medis harus dapat memajukan dan menjamin pelayanan medik yang berbeda dengan tenaga kesehatan lainnya.

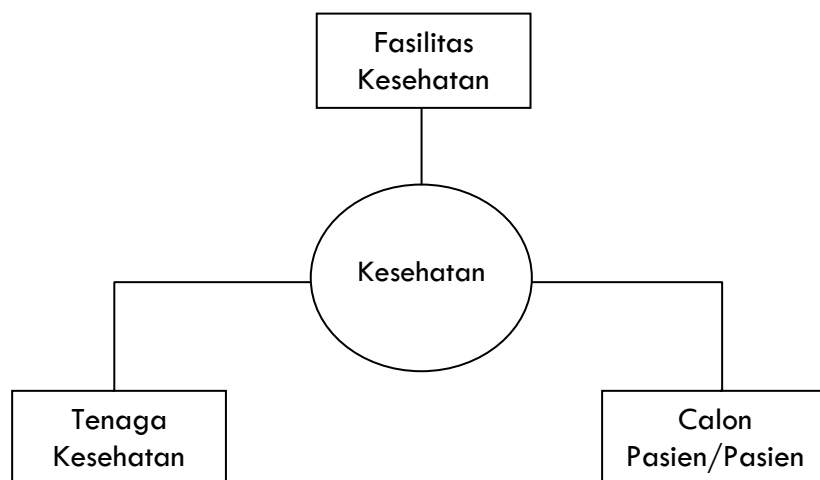
Oleh karena itu ketentuan Pasal 11 (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, yang menyebutkan:

Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:

- a. tenaga medis;
- b. tenaga psikologi klinis;
- c. tenaga keperawatan;
- d. tenaga kebidanan;
- e. tenaga kefarmasian;
- f. tenaga kesehatan masyarakat;
- g. tenaga kesehatan lingkungan;
- h. tenaga gizi;
- i. tenaga keterampilan fisik;
- j. tenaga keteknisan medis;
- k. tenaga teknis biomedika;
- l. tenaga kesehatan tradisional; dan
- m. tenaga kesehatan lainnya.

2.1.4.2. Hubungan Hukum Antara Faskes (Fasilitas Kesehatan, Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan, Pasien/Institusi Lain)

Dalam bidang kesehatan, maka ada beberapa unsur satu sama lainnya tidak bisa dipisahkan dan menjadi satu kesatuan yang terkait dan membutuhkan. Unsur dalam bidang kesehatan itu terdiri atas: (1) Tenaga Kesehatan, (2) Fasilitas Kesehatan, (3) calon pasien/pasien. Sedangkan pendukung lainnya adalah (1) kebijakan pemerintah, dan (2) pendidikan bidang kesehatan. Bila digambarkan, sebagai berikut:



Dengan kata lain, tenaga medis tidak lagi digolongkan sebagai tenaga kesehatan. Istilah tenaga medis dapat kita temukan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang di antaranya menyebutkan:

Penjelasan Pasal 21 ayat (3)

Pengaturan tenaga kesehatan di dalam undang-undang adalah tenaga kesehatan di luar tenaga medis.

Penjelasan Pasal 128 ayat (1)

Yang dimaksud dengan “indikasi medis” dalam ketentuan ini adalah kondisi kesehatan ibu yang tidak memungkinkan memberikan air susu ibu berdasarkan indikasi medis yang ditetapkan oleh tenaga medis.

Meskipun tidak disebutkan secara spesifik siapa yang dimaksud dari tenaga medis, berpedoman dari Penjelasan Umum Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dokter dan dokter gigi dengan perangkat keilmuannya memiliki karakteristik khas, berupa pembenaran hukum untuk melakukan tindakan medis terhadap tubuh manusia dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan. Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran wajib memiliki STR dokter dan dokter gigi yang berlaku selama lima tahun dan diregistrasi ulang, dengan memenuhi persyaratan:

- a. memiliki ijazah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis;
- b. mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji dokter atau dokter gigi;
- c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
- d. memiliki sertifikat kompetensi; dan
- e. membuat pernyataan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Istilah tenaga medis dan profesinya secara khusus disebutkan dan diatur dalam:

- a. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
- b. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran. Dalam pasal 1 angka 2 “dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi didalam maupun diluar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.”
- c. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan jo Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992

- d. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Tenaga Medis merupakan bagian dari tenaga tetap Sumber Daya Rumah Sakit, dan dalam Pasal 13 ayat (1) dan ayat (2) beserta penjelasannya, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud tenaga medis adalah dokter.
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1419/Menkes/Per/X/2005 tentang penyelenggaraan praktik dokter dan dokter gigi;
- f. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585/Men.Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik;
- g. Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
- i. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Men.Kes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medik/Medical Record;
- j. Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1951 tentang Kesehatan Kerja;
- k. Surat Keputusan Dirjen Yan Dik Nomor HK.00.06.6.5.1866 Tahun 1999 tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik ditetapkan tanggal 21 April 1999 (selanjutnya disebut Pedoman Pertindik)

2.1.4.3. Pemenuhan Hak Dan Kewajiban Tenaga Kesehatan

Pemenuhan hak dan kewajiban Tenaga Kesehatan dilakukan oleh Pemerintah atau yang bergerak di bidang kesehatan. Hak tenaga kesehatan dalam menjalankan praktek adalah:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional;

- b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya;
- c. menerima imbalan jasa;
- d. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
- e. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;
- f. menolak keinginan Penerima Pelayanan Kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan Standar Profesi, kode etik, standar pelayanan, Standar Prosedur Operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- g. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan

Hak yang pertama sekali adalah hak memperoleh perlindungan hukum. Tetapi perlindungan hukum dimaksud bersyarat. Syaratnya adalah perlindungan hukum bisa diberikan sepanjang Tenaga Kesehatan dalam menjalankan tugas. Tugas pun harus memenuhi standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operarisional. Jadi perlindungan hukum diberikan kepada tenaga kesehatan sepanjang dia menjalankan tugas yang memenuhi kriteria yang ditentukan. Siapa yang memberikan perlindungan hukum? Bila tenaga kesehatan sebagai pegawai pemerintah baik ASN maupun Pekerja dengan perjanjian kerja di Pemerintah, maka yang wajib memberikan perlindungan hukum adalah negara melalui pemerintah, baik pemerintah, maupun pemerintah daerah. Tergantung dimana dia diangkat. Sedangkan pihak lain dalam hal ini swasta dalam badan hukum yang mempekerjakannya, maka yang memberikan pekerjaan itulah yang berkewajiban memberikan perlindungan hukum.

Namun demikian, yang menjadi persoalan bagi tenaga kesehatan dan tenaga medis yang membuka praktek dengan izin yang diberikan oleh pemerintah atau pemerintah daerah, maka

tanggungjawab diemban kepada si penerima izin yaitu tenaga kesehatan atau tenaga medis yang membuka praktek tersebut.

Dalam hukum ketika hak diperoleh, maka sebagai timbal baliknya adalah adanya kewajiban yang diemban oleh Tenaga Kesehatan. Kewajiban itu adalah sebagai berikut:

- a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
- b. memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan
- c. menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
- d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
- e. merujuk Penerima Pelayanan Kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai Kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

Kewajiban tersebut merupakan kewajiban yang dijalankan tenaga kesehatan memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan dan membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan merupakan kewajiban bersifat perorangan.

Kewajiban lain yang harus dilaksanakan tenaga kesehatan adalah menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Penerima Pelayanan Kesehatan dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Tenaga Kesehatan dilarang menolak Penerima Pelayanan Kesehatan dan/atau dilarang meminta uang muka terlebih dahulu.

2.1.4.4. Jenis *Yuridical Malpractice*: (1) *Criminal Malpractice*, (2) *Civil Malpractice*, (3) *Administrative Malpractice*

Malpraktek atau malpraktek medis adalah istilah yang sering digunakan orang untuk tindak pidana yang dilakukan oleh orang-orang yang berprofesi didalam dunia kesehatan atau biasa disebut tenaga kesehatan. Banyak persoalan malpraktek, atas kesadaran hukum pasien diangkat menjadi masalah pidana.²⁴

Malpraktek menurut pendapat Jusuf Hanafiah²⁵ merupakan “kelalaian seorang dokter untuk mempergunakan tingkat keterampilan dan ilmu pengetahuan yang lazim dipergunakan dalam mengobati pasien atau orangyang terluka menurut ukuran dilingkungan yang sama.”

Amri Amir²⁶ menyatakan bahwa “malpraktek medis adalah tindakan yang salah oleh dokter pada waktu menjalankan praktek, yang menyebabkan kerusakan atau kerugian bagi kesehatan dan kehidupan pasien, serta menggunakan keahliannya untuk kepentingan pribadi.”

Menurut pendapat Ninik Mariyanti²⁷ bahwa malpraktek memiliki pengertian yang luas yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Dalam arti umum: suatu praktek yang buruk, yang tidak memenuhi standar yang telah ditentukan oleh profesi.
- 2) Dalam arti khusus (dilihat dari sudut pasien) malpraktek dapat terjadi di dalam menentukan diagnosis, menjalankan operasi, selama menjalankan perawatan, dan sesudah perawatan.

Hermien Hadiati sebagaimana dikutip oleh Anny Isfandyarie²⁸ menjelaskan malpraktek secara harfiah berarti *bad*

²⁴ Anny Isfandyarie, 2011, *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi bagi Dokter*, Prestasi Pustaka, Jakarta, hlm 9

²⁵ M. Yusuf Hanafiah dan Amri Amir, 1999, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan Kedokteran EGC*, Jakarta, h. 87

²⁶ Amri Amir, 1997, *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*, Widya Medika, Jakarta, h. 53

²⁷ Ninik Mariyanti, 1998, *Malpraktek Kedokteran Dari Segi Hukum Pidana dan Perdata*, Bina Aksara, Jakarta, h. 75-76

practice, atau praktek buruk yang berkaitan dengan praktek penerapan ilmu dan teknologi medik dalam menjalankan profesi medik yang mengandung ciri-ciri khusus. Karena malpraktek berkaitan dengan “*how to practice the medical science and technology*”, yang sangat erat hubungannya dengan sarana kesehatan atau tempat melakukan praktek dan orang yang melaksanakan praktek. Hermien lebih cenderung untuk menggunakan istilah “*maltreatment*”.

Adapun jenis-jenis malpraktek ditinjau dari segi etika profesi dan segi hukum dapat dibedakan menjadi dua bentuk yaitu malpraktek etik (*ethical malpractice*) dan malpraktek yuridis (*juridical malpractice*).

a. Malpraktek Etik Yaitu tenaga kesehatan melakukan tindakan yang bertentangan dengan etika profesinya sebagai tenaga kesehatan. Misalnya seorang bidan yang melakukan tindakan yang bertentangan dengan etika kebidanan. Etika kebidanan yang dituangkan dalam Kode Etik Bidan merupakan seperangkat standar etis, prinsip, aturan atau norma yang berlaku untuk seluruh bidan.

b. Malpraktek Yuridis

Soedjatmiko²⁹ membedakan malpraktek yuridis ini menjadi tiga bentuk, yaitu malpraktek perdata (*civil malpractice*), malpraktek pidana (*criminal malpractice*) dan malpraktek administratif (*administrative malpractice*).

1) Malpraktek Perdata (*Civil Malpractice*) Malpraktek perdata terjadi apabila terdapat hal-hal yang menyebabkan tidak terpenuhinya isi perjanjian (*wanprestasi*) didalam transaksi terapeutik oleh tenaga kesehatan, atau terjadinya perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*), sehingga menimbulkan kerugian kepada pasien. Dalam malpraktek perdata yang dijadikan ukuran dalam melpraktek yang

²⁸ Anny Isfandyarie, op.cit, h. 20

²⁹ Anny Isfandyarie, op.cit, h. 31-

disebabkan oleh kelalaian adalah kelalaian yang bersifat ringan (*culpalevis*). Karena apabila yang terjadi adalah kelalaian berat (*culpa lata*) maka seharusnya perbuatan tersebut termasuk dalam malpraktek pidana.³⁰

Contoh dari malpraktek perdata, misalnya seorang dokter yang melakukan operasi ternyata meninggalkan sisa perbandi dalam tubuh si pasien. Setelah diketahui bahwa ada perban yang tertinggal kemudian dilakukan operasi kedua untuk mengambil perban yang tertinggal tersebut. Dalam hal ini kesalahan yang dilakukan oleh dokter dapat diperbaiki dan tidak menimbulkan akibat negatif yang berkepanjangan terhadap pasien.

- 2) Malpraktek Pidana Malpraktek pidana terjadi apabila pasien meninggal dunia atau mengalami cacat akibat tenaga kesehatan kurang hati-hati. Atau kurang cermat dalam melakukan upaya perawatan terhadap pasien yang meninggal dunia atau cacat tersebut. Malpraktek pidana ada tigabentuk yaitu:
 - a. Malpraktek pidana karena kesengajaan (*intensional*), tenaga medis tidak melakukan pertolongan pada kasus gawat padahal diketahui bahwa tidak ada orang lain yang bisa menolong, serta memberikan surat keterangan yang tidak benar. Contoh: melakukan aborsi tanpa tindakan medis
 - b. Malpraktek pidana karena kecerobohan (*recklessness*), misalnya melakukan tindakan yang tidak lege artis atau tidak sesuai dengan standar profesi serta melakukan tindakan tanpa disertai persetujuan tindakan medis. Contoh: Kurang hati-hatinya perawat dalam memasang infus yang menyebabkan tangan pasien membengkak karena terinfeksi

³⁰ Anny Isfandyarie, op.cit, h. 34

- c. Malpraktek pidana karena kealpaan (*negligence*), misalnya terjadi cacat atau kematian pada pasien sebagai akibat tindakan tenaga kesehatan yang kurang hati-hati. Contoh : seorang bayi berumur 3 bulan yang jarinya terpotong pada saat perawat akan melepas bidai yang dipergunakan untuk memfiksasi infus
- 3) Malpraktek Administratif Malpraktek administratif terjadi apabila tenaga kesehatan melakukan pelanggaran terhadap hukum administrasi negara yang berlaku, misalnya menjalankan praktek bidan tanpa lisensi atau izin praktek, melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan lisensi atau izinnya, menjalankan praktek dengan izin yang sudah kadaluarsa, dan menjalankan praktek tanpa membuat catatan medik.

2.1.4.5. Tanggungjawab Kesehatan: (1) Tanggungjawab Personal, (2) Tanggungjawab Institusional/ Korporasi

Menurut Bambang Purnomo³¹ tanggung jawab kesehatan di dalam rumah sakit terdiri dari beberapa doktrin kesehatan, yakni:

- *Doctrine of Personal Liability*

Ajaran ini mengajarkan bahwa tanggung jawab melekat pada individu itu sendiri.

- *Doctrine of Strict Liability*

Menurut ajaran ini pertanggungjawaban pidana dibebankan kepada yang bersangkutan dengan tidak perlu dibebankan adanya kesalahan (kesengajaan atau kelalaian) pada pelakunya. Ajaran ini menjelaskan bahwa pertanggungjawaban pidana bagi pelakunya tidak dipermasalahkan atau disebut pertanggungjawaban mutlak.

³¹ Herkutanto, Masalah Pelayanan Dokter Kepada Pasien, Ind-Hill-Co, Jakarta, 1989, hal. 88

- *Doctrine of Vicarious Liability*

Teori atau ajaran ini diambil dari hukum perdata dalam konteks pertanggungjawaban perbuatan melawan hukum (*tortious liability*) yang diterapkan pada hukum pidana. *Vicarious Liability* biasanya berlaku dalam hukum pidana tentang perbuatan melawan hukum (*the law of torts*) berdasarkan *doctrine of respondeat superior*. Dalam perbuatan-perbuatan perdata seorang majikan bertanggung jawab untuk kesalahan-kesalahan yang dilakukan oleh bawahannya sepanjang hal itu terjadi dalam rangka pekerjaannya. Hal ini memberikan kemungkinan kepada pihak yang dirugikan karena perbuatan-perbuatan melawan hukum dari mereka itu untuk menggugat majikannya agar membayar ganti rugi apabila dapat dibuktikan.

Berkaitan dengan korporasi maka suatu korporasi dimungkinkan bertanggung jawab atas perbuatan-perbuatan yang dilakukan oleh para pegawainya, kuasanya, atau mandatarisnya, atau siapapun yang bertanggung jawab kepada korporasi tersebut.

- *Doctrine of Delegation Doktrin*

Doktrin ini merupakan salah satu alasan untuk dapat membebankan pertanggungjawaban pidana secara vikarius. Adanya pendelegasian wewenang dari seseorang kepada orang lain untuk melaksanakan kewenangan yang dimilikinya. Pendelegasian wewenang oleh majikan kepada bawahannya ini merupakan alasan pembenar bagi dapat dibebankannya pertanggungjawaban pidana kepada majikannya atas perbuatan pidana yang dilakukan oleh bawahannya yang memperoleh pendelegasian wewenang itu.

- *Doctrine of Corporate Identification*

Teori dalam ajaran ini mengajarkan bahwa untuk dapat mempertanggungjawabkan pidana kepada suatu korporasi harus mampu diidentifikasi siapa yang melakukan tindak pidana tersebut dan apabila tindak pidana itu dilakukan oleh

mereka yang merupakan directing mind dari korporasi tersebut, maka baru pertanggungjawaban dari tindak pidana itu dapat dibebankan kepada korporasi.

- *Doctrine of Aggregation*

Teori yang mengajarkan bahwa seseorang dianggap mengagresikan (mengkombinasikan) semua perbuatan dan semua unsur mental (sikap kalbu) dari berbagai orang yang terkait secara relevan dalam lingkungan perusahaan untuk dapat memastikan bahwa semua perbuatan dan unsur mental tersebut adalah suatu tindak pidana seperti seakan-akan semua perbuatan dan unsur mental itu telah dilakukan oleh satu orang saja.

2.2. Kajian Empiris

2.2.1. Gambaran Umum Kabupaten Mahakam Ulu

2.2.1.1. Letak Geografis

Kabupaten Mahakam Ulu memiliki luas wilayah keseluruhan $\pm 15.315 \text{ km}^2$ dengan jumlah penduduk ± 27.923 jiwa pada tahun 2012 dan terdiri atas 49 (empat puluh sembilan) desa/kelurahan, serta 5 (lima) kecamatan, yaitu Kecamatan Long Apari, Kecamatan Long Pahangai, Kecamatan Long Bagun, Kecamatan Laham, dan Kecamatan Long Hubung. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2013 tentang Pembentukan Kabupaten Mahakam Ulu di Provinsi Kalimantan Timur yang 8% dari keseluruhan luas Provinsi Kalimantan Timur. Berdasarkan hitungan peta digital (Sistem Informasi Geografis), terletak antara $113^{\circ}48'49''$ sampai $115^{\circ}42'43''$ Bujur Timur dan antara $1^{\circ}31'05''$ Lintang Utara dan $0^{\circ}9'33''$ Lintang Selatan.

Secara geografis, Kabupaten Mahakam mempunyai batas-batas wilayah:

- a) Sebelah utara berbatasan dengan Desa Mahak Baru Kecamatan Sungai Boh, Desa Long Sungai Barang Kecamatan

Kayan Selatan Kabupaten Malinau Provinsi Kalimantan Utara, dan Sarawak Malaysia;

- b) Sebelah timur berbatasan dengan Desa Muara Tuboq Kecamatan Tabang Kabupaten Kutai Kartanegara;
- c) Sebelah selatan berbatasan dengan Desa Kelian Luar Kecamatan Long Iram, Desa Tutung Kecamatan Linggang Bigung Kabupaten Kutai Barat, dan Desa Tumbang Topus Kecamatan Uut Murung, Desa Liang Nyering Kecamatan Sumber Barito Kabupaten Murung Raya Provinsi Kalimantan Tengah; dan
- d) Sebelah barat berbatasan dengan Desa Kariho Kecamatan Putussibau Utara Kabupaten Kapuas Hulu Provinsi Kalimantan Barat.

Kabupaten Mahakam Ulu berasal dari sebagian wilayah Kabupaten Kutai Barat yang terdiri atas cakupan wilayah:

- a. Kecamatan Long Bagun;
- b. Kecamatan Long Hubung;
- c. Kecamatan Laham;
- d. Kecamatan Long Apari; dan
- e. Kecamatan Long Pahangai.

Kemudian secara rinci letak geografis pada kelima kecamatan yang ada di Kabupaten Mahakam Ulu disajikan pada tabel berikut ini:

Tabel 2.1.: Luas Kecamatan dan Titik Koordinat

No	Kecamatan	Bujur Timur	Lintang	Luas (Km ²)
1.	Laham	114°46'05"- 115° 26'11"	0°24'LU - 0°11'LU	901,80
2.	Long Hubung	115°02'35"- 115 °45'49"	0°36'LU - 0°09'LS	530,90
3.	Long Bagun	114 °53'35"- 115°39'08"	1°23'LU- 0°21'LU	4.971,20
4.	Long Pahangai	114°22'54" - 115°01'46"	1°26'LU-0° 27'LU	3.420,40
5.	Long Apari	113°48'49" - 114°34'22"	1°31'LU-0°31'LU	5.490,70
	Total			15.315,00

Sumber : hasil perhitungan/analisis GIS; Mahakam Ulu Dalam Angka, 2014

Jadi luas keseluruhan Kabupaten Mahakam Ulu adalah 15.315,70 Km². Sedangkan rencana pemekaran Kecamatan berada

pada Kecamatan Long Apari yang terletak pada antara 113°48'49" - 114°34'22" Bujur Timur dan 1°31'LU-0°31'LU (Lintang Utara). Ada beberapa alasan strategis, kenapa Kecamatan Long Apari dimekarkan, yaitu:

- 1) Prioritas pembangunan Nawa Cita adalah pada daerah pinggiran terutama pinggiran yang berbatasan langsung dengan negara lain.
- 2) Daerah yang berbatasan langsung dengan negara lain untuk diutamakan dalam pembangunan infrastruktur dalam rangka menjaga kedaulatan dan kepastian wilayah perbatasan dengan negara lain, agar tidak lagi mengalami keterisolasian dari daerah yang lebih maju.
- 3) Percepatan peningkatan kesejahteraan masyarakat perbatasan dari Tertinggal, Terluar, dan Terbelakang (3T) dengan penekanan pada pembangunan ekonomi kerakyatan yang berbasis pada kearifan lokal, pertanian, budaya, dan pariwisata.

Sebagai daerah perbatasan Kecamatan Long Apari telah masuk kategori untuk bisa dimekarkan, namun sebelumnya perlu diuraikan lebih rinci mengenai penjabaran luasan dan jumlah kampung, sebagaimana disajikan pada tabel 2.2. di bawah ini:

Tabel 2.2.: Data luasan Kampung di Kecamatan Long Apari

No	Nama Kampung	Luasan (Km ²)
1.	Kampung Long Penaneh I	446,05
2.	Kampung Tiong Ohang	849,62
3.	Kampung Long Keriok	382,33
4.	Kampung Long Penaneh III	223,47
5.	Kampung Long Penaneh II	312,41
6.	Kampung Tiong Bu'u	424,81
7.	Kampung Naha Buan	212,41
8.	Kampung Naha Tifab	403,57
9.	Kampung Long Apari	1.236,47
10.	Kampung Noha Silat	999,56
		5.490,70

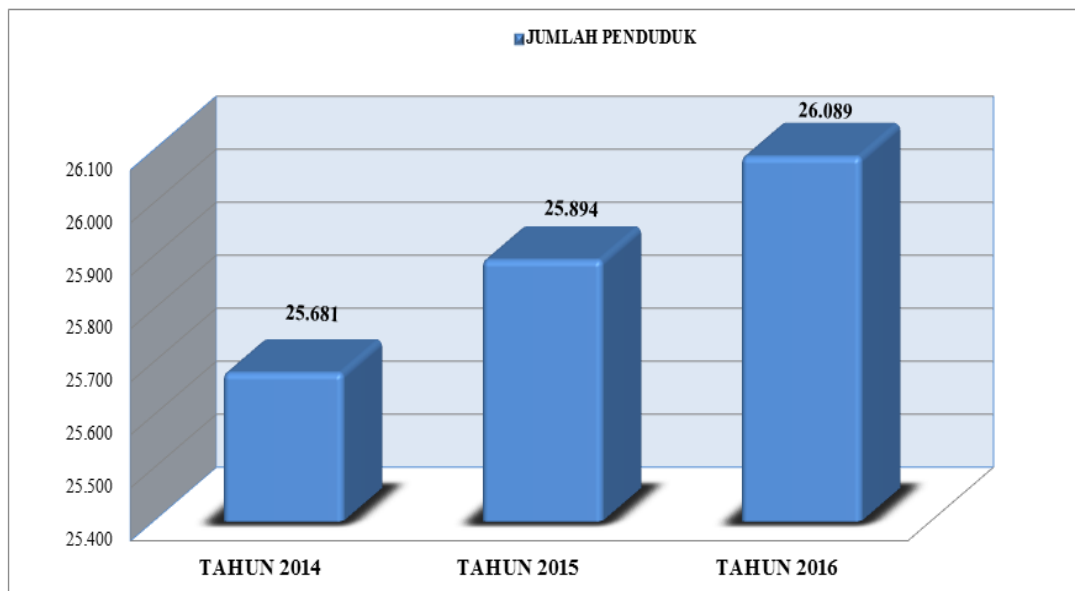
Sumber: Badan Pusat Statistik, 2013

Dari data yang disampaikan pada tabel 2.2. di atas menunjukkan bahwa di Kecamatan Long Apari terdapat 10 Kampung dengan total luas seluruhnya adalah 5.490,70 Km².

2.2.1.2. Data Kependudukan Kabupaten Mahakam Ulu

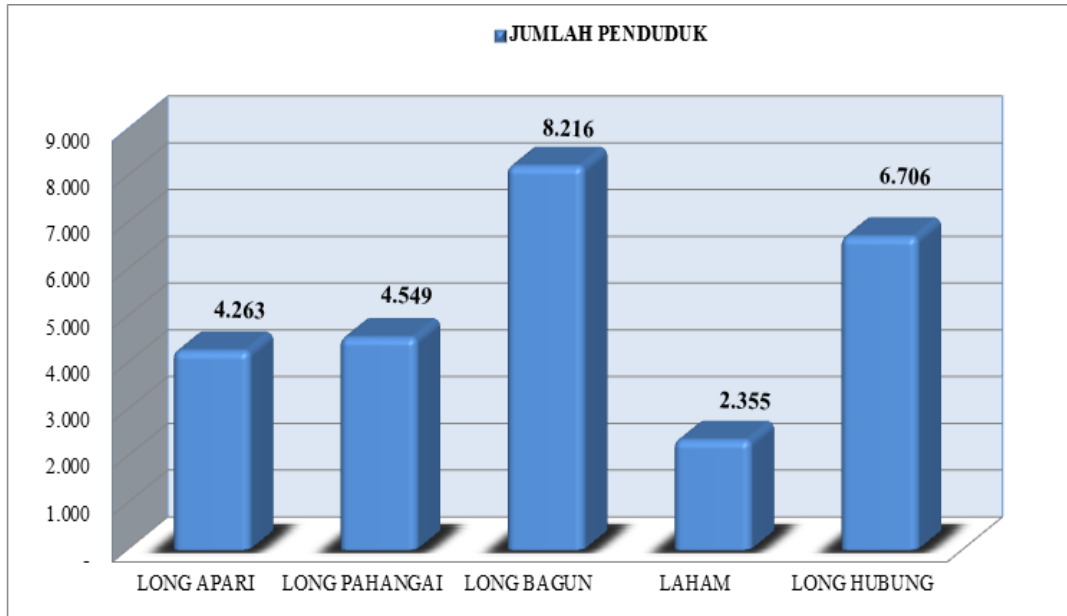
Kabupaten Mahakam Ulu merupakan salah satu Kabupaten yang terletak disebelah Barat Kalimantan Timur. Berdasarkan data Penduduk dari Kantor Badan Pusat Statistik Kabupaten Kutai Barat tahun 2016 diketahui Jumlah penduduk terbanyak di kecamatan Long Bagun dengan jumlah 8.216 orang dan terkecil di kecamatan Laham berjumlah 2.355 orang, penduduk terbanyak pada usia 5 - 9 tahun dengan jumlah 2.823 orang. Adapun jumlah rumah tangga/kepala keluarga pada tahun 2016 sebanyak 6.411 dengan rata-rata jumlah anggota rumah tangga sebesar 4,07 jiwa/rumah tangga.

Gambar 2.1.: Jumlah Penduduk Tahun 2014 s/d Tahun 2016 di wilayah kabupaten Mahakam Ulu



Sumber data : Badan Pusat Statistik Kutai Barat Tahun 2016

Gambar 2.2.: Jumlah Penduduk Berdasarkan Kecamatan yang berada di wilayah kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Badan Pusat Statistik Kutai Barat Tahun 2016

Gambar 2.3.: Persentase Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Badan Pusat Statistik Kutai Barat Tahun 2016

Jumlah penduduk yang ada di Kabupaten Mahakam Ulu menurut data Badan Pusat Statistik Kabupaten Kutai Barat mencapai 26.089 orang, dengan jumlah rumah tangga sebanyak 6.411. Secara rinci disajikan pada tabel yang terdapat di Laporan Keterangan Pertanggungjawaban (LKPJ) Bupati Mahakam

Ulu Ahir Tahun Anggaran 2016, sebagaimana disajikan pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.3. Data Rasio Jenis Kelamin Menurut Kecamatan

Kecamatan	Jumlah Penduduk			Sex Ratio
	L	p	L+P	
1. Laham	1.290	1.057	2.348	122,05
2.. Long Hubung	3.512	3.198	6.710	109,84
1. Long Bagun	4.442	3.776	8.219	117,63
2. Long Pahangai	2.404	2.146	4.550	112,03
3. Long Apari	2.287	1.976	4.263	115,77
Total	13.936	12.153	26.089	114,67

Sumber: LKPJ Bupati Mahakam Ulu, Akhir TA 2016

Kemudian untuk mengetahui jumlah penduduk dan jumlah rumah tangga serta kepadatan penduduk, maka dapat disajikan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 2.4. Luas Wilayah, Banyaknya Rumah Tangga, Penduduk dan Kepadatan Menurut Kecamatan Tahun 2016

Kecamatan	Luas Wilayah (Km ²)	Jumlah Desa	Rumah Tangga	Jumlah Penduduk	Kepadatan Penduduk	
					RT/Km ²	Pddk/Km ²
1. Laham	901,8	5	540	2.348	0,60	2,60
2. Long Hubung	530,9	11	1.766	6.710	3,33	12,64
3. Long Bagun	4.971,2	11	1.993	8.219	040	1,65
4. Long Pahangai	3.420,4	13	1.149	4.550	0,34	1,33
5. Long Apari	5.490,7	10	963	4.263	0,18	0,78
Total	15.315,0	50	6.411	26.089	0,42	1,70

Sumber: LKPJ Bupati Mahakam Ulu Akhir tahun Anggaran 2016, dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Kutai Barat

Data kependudukan yang disajikan pada tabel 2.2. di atas ini menunjukkan bahwa jumlah penduduk sebanyak 26.089 jiwa itu dengan jumlah rumah tangga 6.411 buah. Sedangkan tingkat kepadatan Rumah tangga 0,42 Km², sedangkan untuk kepadatan penduduk perjiwa per kilometer adalah 1,70/Km².

2.2.2. Data Tenaga Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan di 5 Puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Mahakam Ulu pada tahun 2016 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.5.: Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016

No	Tenaga Kesehatan	Puskesmas															Dinas Kesehatan		
		Tiong Ohang			Long Pahangai			Ujoh Bilang			Laham			Long Hubung			2014	2015	2016
		2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016			
1	Dokter Umum	3	4	4	2	3	3	5	5	5	3	1	3	3	3	3	1	1	3
2	Dokter Gigi	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1
3	Bidan	6	9	12	10	15	15	12	22	22	8	12	11	9	10	9	3	4	9
4	Tenaga Perawat*	12	18	19	15	26	30	36	49	48	9	14	15	22	24	25	14	16	25
5	Kesehatan Masyarakat	0	2	3	0	1	2	2	3	4	1	2	3	3	3	3	12	17	3
6	Kefarmasian**	1	2	2	1	3	3	2	3	5	0	1	1	0	1	1	3	4	1
7	Gizi	1	2	3	1	2	3	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
8	Analisis Kesehatan	0	1	1	0	0	2	3	5	5	0	0	1	1	1	1	0	0	1
Jumlah		23	38	45	29	50	58	62	89	91	22	31	35	41	45	45	35	44	45

* Ners, S1 perawat, D3 Perawat, SPK

** Apoteker, S1 farmasi, D3 farmasi, D1 Farmasi

Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Sehingga dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan terjadi penambahan setiap tahunnya. Masalah keterjangkauan pelayanan kesehatan ini diperburuk lagi dengan tingkat kesulitan geografis beberapa kecamatan yang tinggi, dan sarana yang tersedia di Puskesmas terbatas.

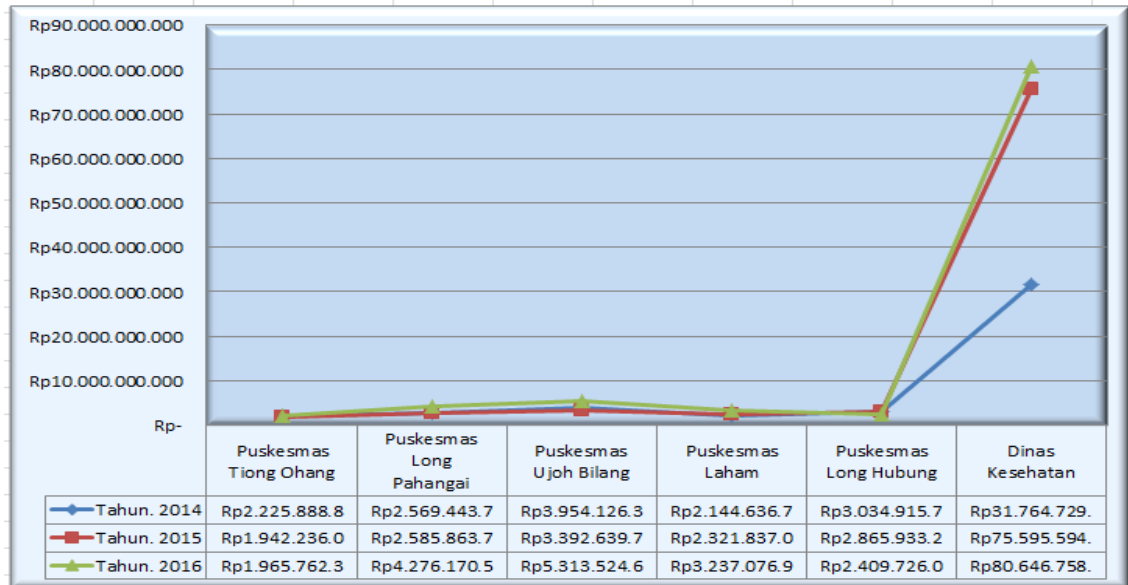
Sumber pembiayaan kesehatan Kabupaten Mahakan Ulu tahun 2016 bersumber dari APBD dan Dana Hibah dengan besaran Anggaran Kesehatan tahun 2016 yaitu Rp. 97.849.018.775,-

Tabel 2.7.: Anggaran biaya Kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016

No	Nama	Penggunaan Anggaran		
		2014	2015	2016
1	Puskesmas Tiong Ohang	Rp 2.225.888.879	Rp 1.942.236.001	Rp 1.965.762.361
2	Puskesmas Long Pahangai	Rp 2.569.443.776	Rp 2.585.863.785	Rp 4.276.170.557
3	Puskesmas Ujoh Bilang	Rp 3.954.126.345	Rp 3.392.639.792	Rp 5.313.524.657
4	Puskesmas Laham	Rp 2.144.636.712	Rp 2.321.837.000	Rp 3.237.076.905
5	Puskesmas Long Hubung	Rp 3.034.915.739	Rp 2.865.933.200	Rp 2.409.726.000
6	Dinas Kesehatan	Rp 31.764.729.806	Rp 75.595.594.236	Rp 80.646.758.295
Jumlah		Rp 7.055.804.834	Rp 45.693.741.257	Rp 97.849.018.775

Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.38.: Anggaran biaya Kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

2.2.3. Data Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu 1. Puskemas dan Jaringannya

Puskesmas merupakan sarana pelayanan dasar yang menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, pelayanan Kesehatan Ibu dan anak (KIA), termasuk Keluarga Berencana (KB), perbaikan Gizi, Pemberantasan Penyakit Menular. Beberapa Puskesmas yakni Puskesmas Perawatan disamping menyelenggarakan pelayanan kesehatan seperti Puskesmas pada umumnya juga menyediakan fasilitas pelayanan rawat inap. Dengan demikian Puskesmas Perawatan juga berfungsi sebagai Pusat Rujukan Antara yang melayani penderita gawat darurat sebelum dirawat ke Rumah Sakit. Pada tahun 2016 jumlah Puskesmas di Kabupaten Mahakam Ulu 5 Puskesmas, yang terdiri dari Puskesmas Perawatan sebanyak 5 Puskesmas. Jaringan Puskesmas meliputi Puskesmas Pembantu sebanyak 26 pustu.

2. Rumah Sakit

Kabupaten Mahakam Ulu yang baru terbentuk belum memiliki Rumah Sakit.

3. Posyandu Menurut Strata

Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat. Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang paling dikenal oleh masyarakat. Posyandu menyelenggarakan minimal 5 (Lima) program prioritas yaitu kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Perbaikan Gizi, Imunisasi dan Penanggulangan Diare.

Jumlah Posyandu di Kabupaten Mahakam Ulu tahun 2016 sebanyak 90 posyandu dan yang aktif 19 posyandu. Posyandu tersebut dikelompokkan menjadi 4 strata sebagai berikut :

Tabel 2.9.: Jumlah Posyandu di Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016

No	Puskesmas	Strata Posyandu				Jumlah Posyandu
		Pratama	Madya	Purnama	Mandiri	
1.	Tiong Ohang	10	-	-	-	10
2.	Long Pahangai	15	13	6	8	42
3.	Ujoh Bilang	18	3	-	-	21
4	Laham	1	-	6	-	6
5	Long Hubung	1	10	-	-	11
Total		45		24		90

Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

2.2.4. Situasi Derajat Kesehatan Masyarakat Kabupaten Mahakam Ulu

Sebagai bahan yang menjadi data penting untuk melengkapi maka perlu diambil dengan mengutip dari profil kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu yang disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu tahun 2016 sebagai berikut:

Untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, digunakan beberapa indikator yang mencerminkan Kondisi Morbiditas (Kesakitan), Mortalitas (Kematian) dan keadaan status Gizi. Pada angka ini, derajat kesehatan masyarakat di Indonesia digambarkan melalui Angka Mortalitas, terdiri atas Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI). Angka Morbiditas (Kesakitan dari beberapa penyakit serta Status Gizi pada balita dan dewasa.

A. Angka Kematian

Gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari kejadian kematian dalam masyarakat dari waktu ke waktu. Disamping itu kejadian kematian juga dapat digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan pembangunan kesehatan lainnya.

1. Angka Kematian Bayi (AKB) dan Balita (AKABA)

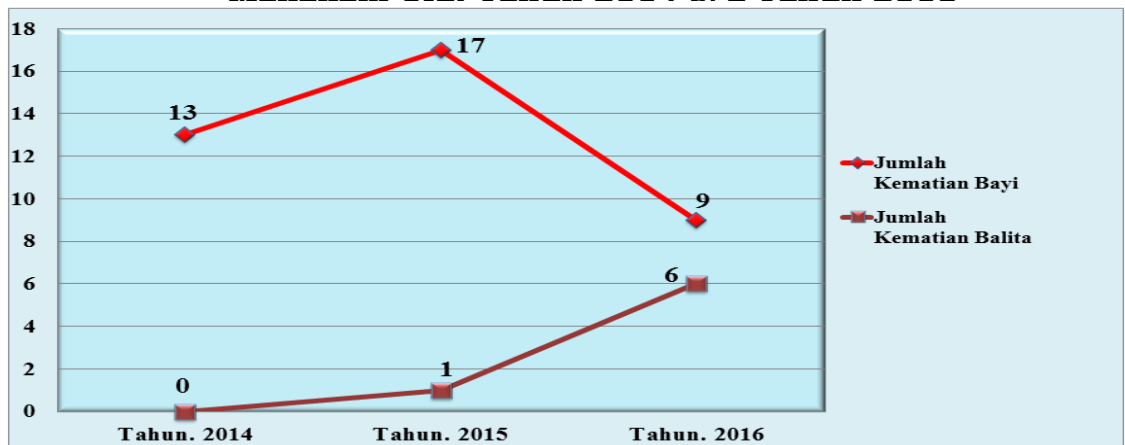
Angka kematian bayi adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun (0 - 11 bulan) yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Berdasarkan data dari pelayanan kesehatan, tahun 2016 jumlah Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Mahakam Ulu terdapat 9 bayi yang meninggal dari 631 Bayi Lahir Hidup, sehingga didapatkan angka kematian bayi (AKB) sebesar 14,26 per 1.000 penduduk. Berdasarkan angka pencapaian tersebut maka terdapat penurunan dari tahun 2015 dimana jumlah bayi yang meninggal 17 bayi dari 517 bayi lahir hidup dengan angka kematian bayi (AKB) sebesar 32,88 per 1.000 penduduk, sedangkan pada tahun 2014 terdapat 13 bayi yang meninggal dari 304 bayi lahir hidup dengan angka kematian 42,76 per 1.000 penduduk.

Angka kematian balita (AKABA) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2016 terdapat 6 balita yang meninggal dari Puskesmas Tiong Ohang

sebanyak 3 balita dan Puskesmas Ujoh Bilang sebanyak 3 balita atau dengan angka kematian Balita (AKABA) 10 per 1.000 penduduk. AKABA tahun 2016 lebih tinggi di banding tahun sebelumnya dengan AKABA 2 per 1.000 penduduk pada tahun 2015.

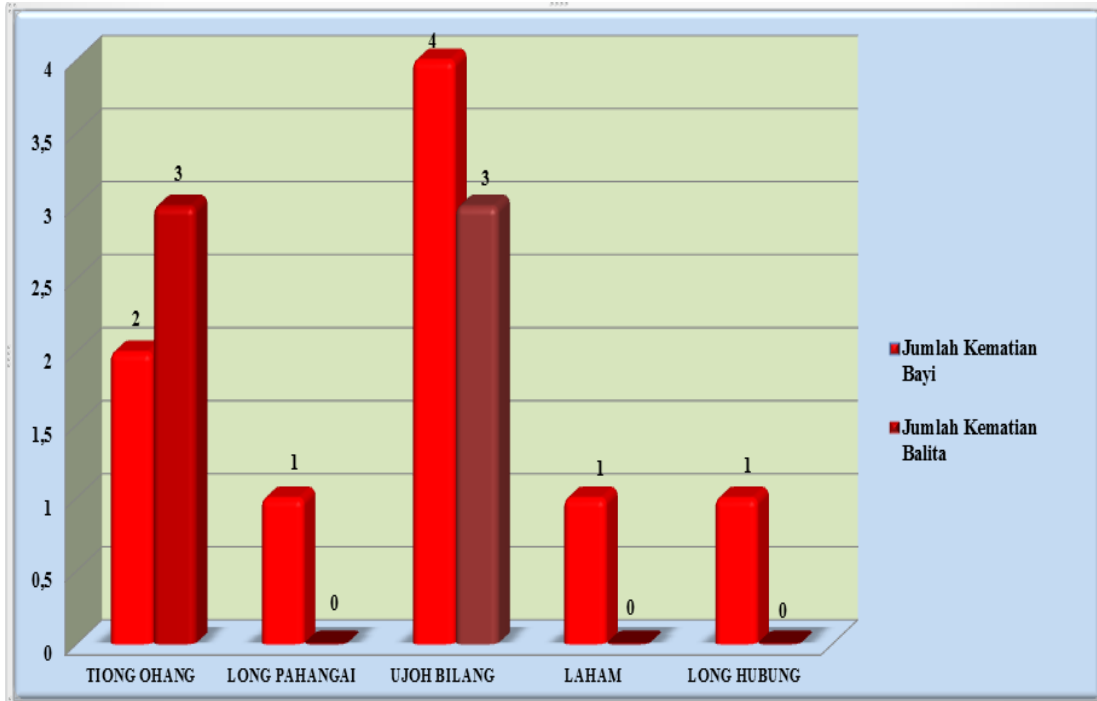
Penggunaan data Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) pada sarana pelayanan kesehatan ini, belum mampu menggambarkan AKB dan AKABA yang sebenarnya di masyarakat.

Gambar 2.4.: Jumlah Kematian Bayi dan Balita Kabupaten Mahakam Ulu. Tahun 2014 s/d Tahun 2016



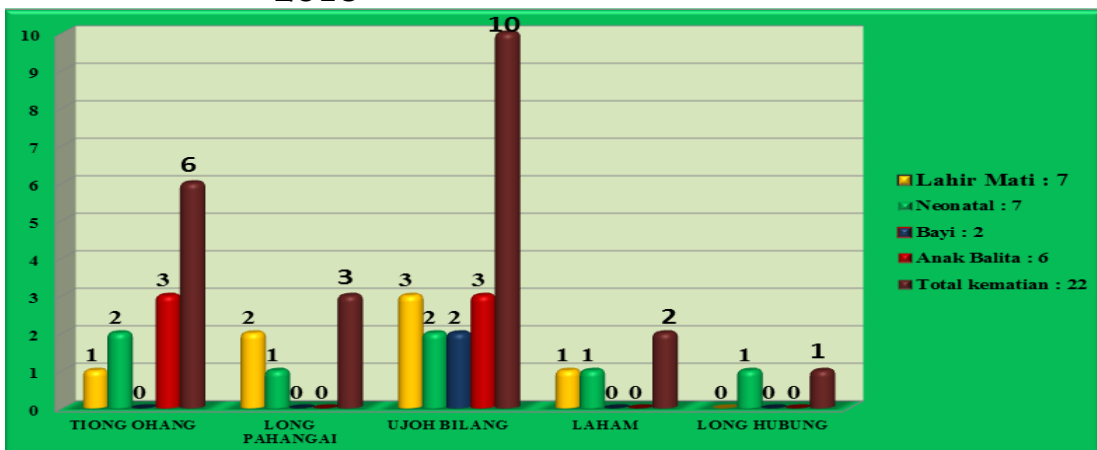
Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.5.: Jumlah Kematian Bayi dan Balita Berdasarkan Puskesmas, Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.6.: Jumlah Kematian Bayi dan Balita Berdasarkan Puskesmas, Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



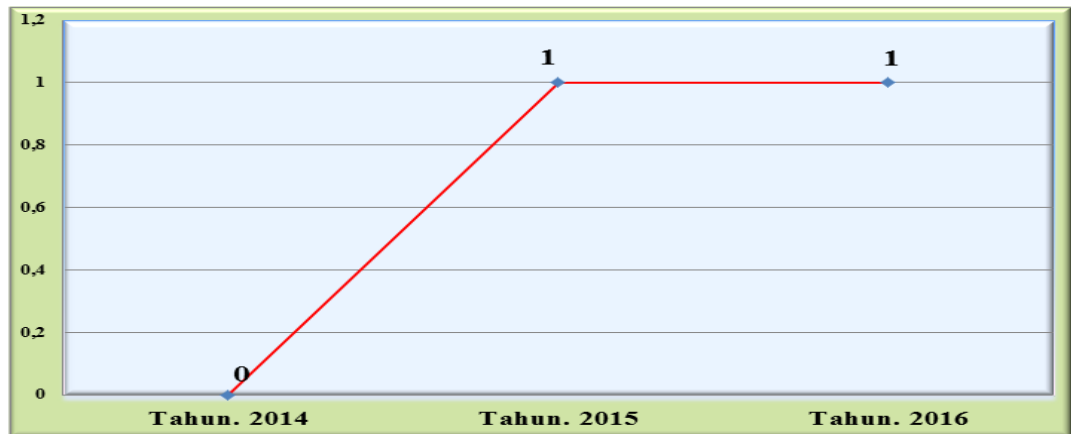
Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

2. Angka Kematian Ibu (AKI).

Angka Kematian Ibu (AKI) juga menjadi indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat, AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan.

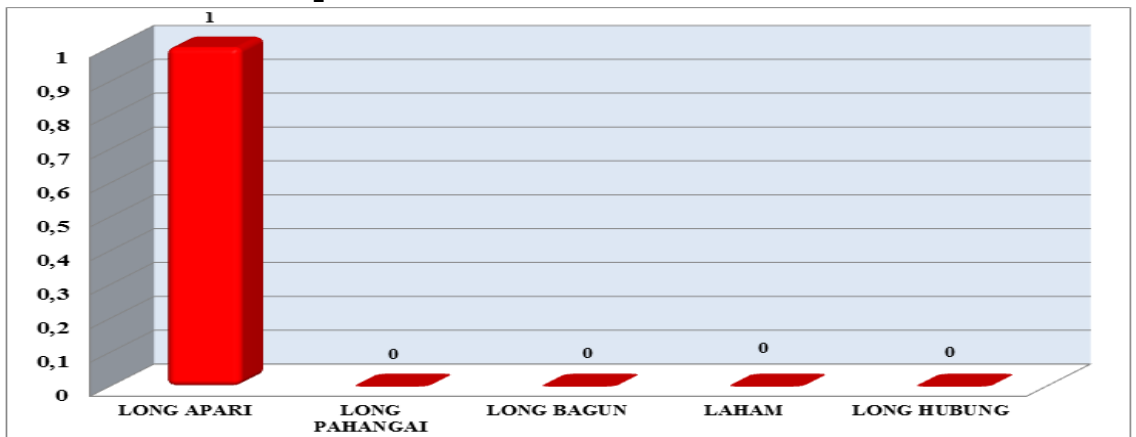
Berdasarkan data dari pelayanan kesehatan jumlah Kematian Ibu Maternal (AKI) di Kabupaten Mahakam Ulu pada tahun 2016 terdapat 1 kasus dari 631 kelahiran hidup atau sekitar 158 per 100.000 kelahiran hidup, dan tahun 2015 terdapat 1 kasus dari 517 kelahiran hidup sedangkan pada tahun 2014 tidak di temukan Angka Kematian Ibu.

Gambar 2.7.: Jumlah Kematian Ibu Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data: Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.8.: Jumlah Kematian Ibu Berdasarkan Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

B. Angka Kesakitan

Angka kesakitan penduduk didapat dari data yang berasal dari masyarakat (*community based data*) yang diperoleh melalui studi morbiditas dan pengumpulan data dari sarana pelayanan kesehatan (*facility based data*) melalui pencatatan dan pelaporan sarana pelayanan kesehatan. Angka kesakitan juga berperan

dalam penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Adapun 10 penyakit terbanyak di puskesmas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.6.: 10 Penyakit Terbanyak Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016

No	Nama Penyakit	Jumlah
1	Nasopharingitis Akuta (common cold) ISPA	6.638
2	Gastritis	4.156
3	Infeksi akut lain pd sal pernafasan atas	2.564
4	Hipertensi Sekunder	2.433
5	Diare dan Gastroenteritis non spesifik	2.182
6	Arthritis	1.434
7	Demam yang tak diketahui sebabnya	1.405
8	Penyakit kulit lain2	1.135
9	Myalgia	958
10	Hipertensi primer	719
TOTAL		23.624

Sumber Data: Simpus Tahun 2016

Dalam profil ini disajikan data yang berasal dari pencatatan dan pelaporan sarana pelayanan kesehatan tahun 2016

1. Penyakit Menular

a. Accute Flaccid Paralysis (AFP)

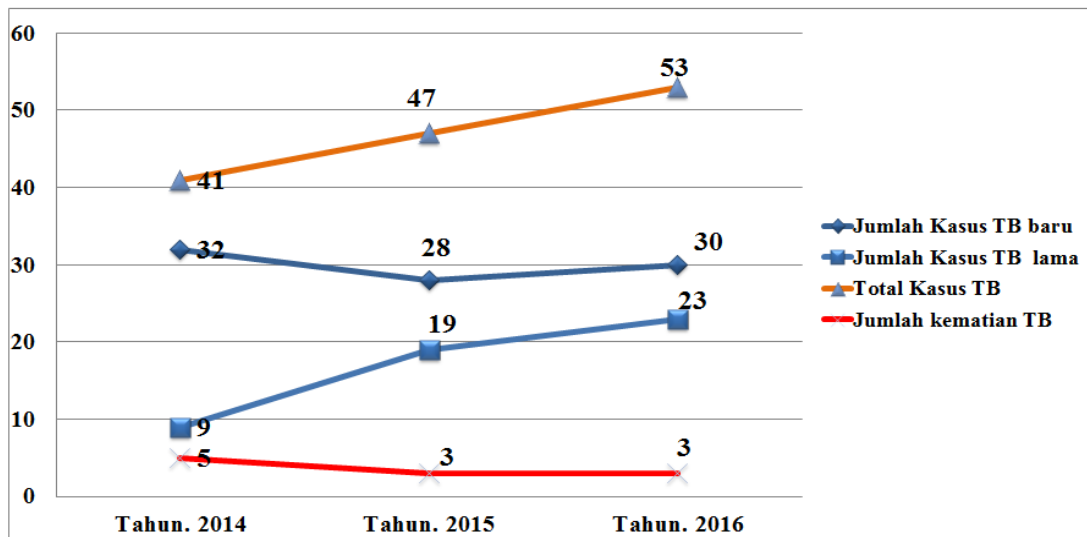
Berdasarkan data dari sarana pelayanan kesehatan, pada tahun 2014 sampai dengan tahun 2016 di Kabupaten Mahakam Ulu tidak ditemukan kasus AFP pada anak usia < 15 tahun yang bersifat layuh (*Flaccid*) terjadi secara akut, mendadak. Kemudian angka cakupan penemuan kasus AFP nihil atau tidak ditemukan kasus AFP.

b. TB Paru

Adapun Jumlah penemuan penderita TB Paru BTA Positif (Case Detection Rate/CDR) di Kabupaten Mahakam Ulu pada tahun 2016 sebanyak 30 kasus baru dan 23 kasus lama, jadi total kasus tahun 2016 sebanyak 53 kasus dan yang

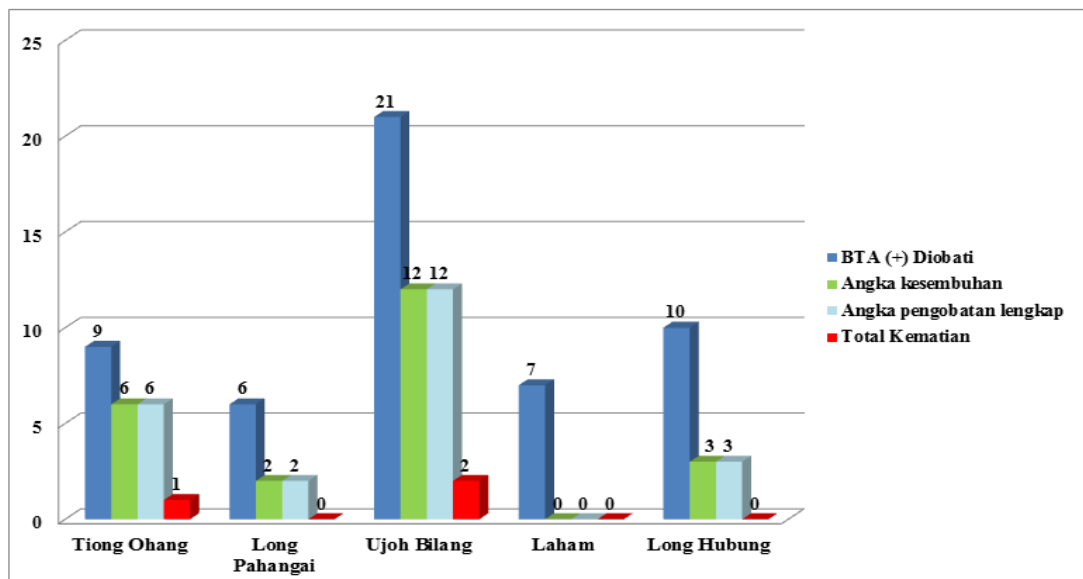
meninggal sebanyak 3 orang, jadi angka kematian selama pengobatan yaitu 12 per 100.000 penduduk. Angka ini sama dengan angka pada tahun 2015 dan menurun dari tahun sebelumnya yang mencapai angka 19 per 100.000 penduduk pada tahun 2014 dimana jumlah kasus sebanyak 41 dan yang meninggal sebanyak 5 orang.

Gambar 2.9.: Jumlah Kasus TB baru dan kasus TB lama beserta Total Kasus TB Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.10.: Jumlah BTA(+) Diobati dan Kematian TB Berdasarkan Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

c. Pneumonia.

Pneumonia adalah salah satu Infeksi Saluran Pernapasan Akut yang sering menyebabkan kematian, di Kabupaten Mahakam Ulu pada tahun 2014 sampai dengan tahun 2016 tidak ditemukan penderita Pneumonia pada Balita.

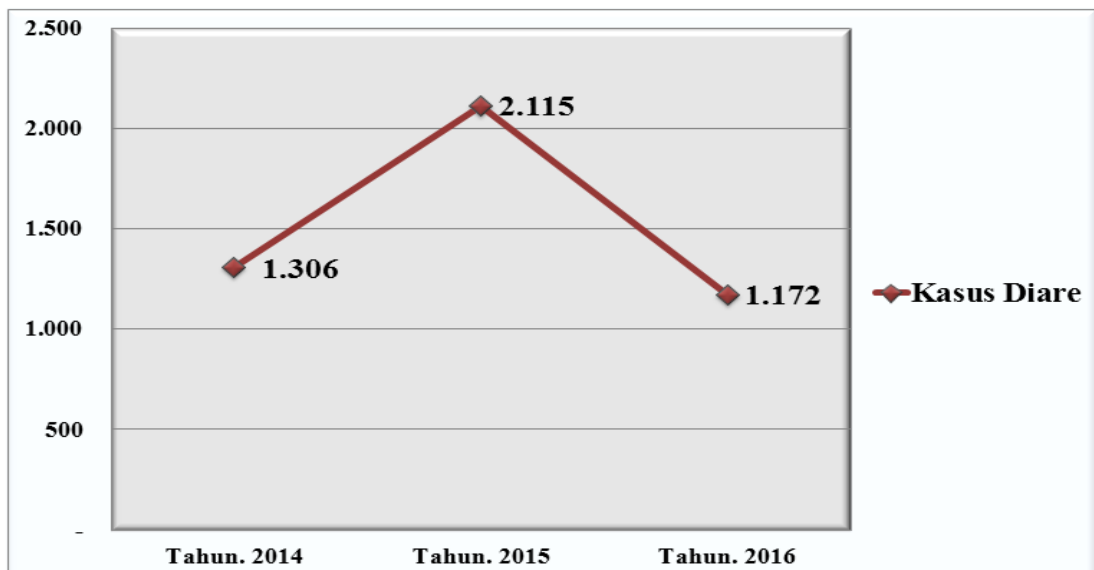
d. HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual Lainnya.

Dari masing-masing Puskesmas yang berada di wilayah kerja Kabupaten Maham Ulu sampai tahun 2016 belum pernah dilaporkan adanya penemuan kasus HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual Lainnya.

e. Diare

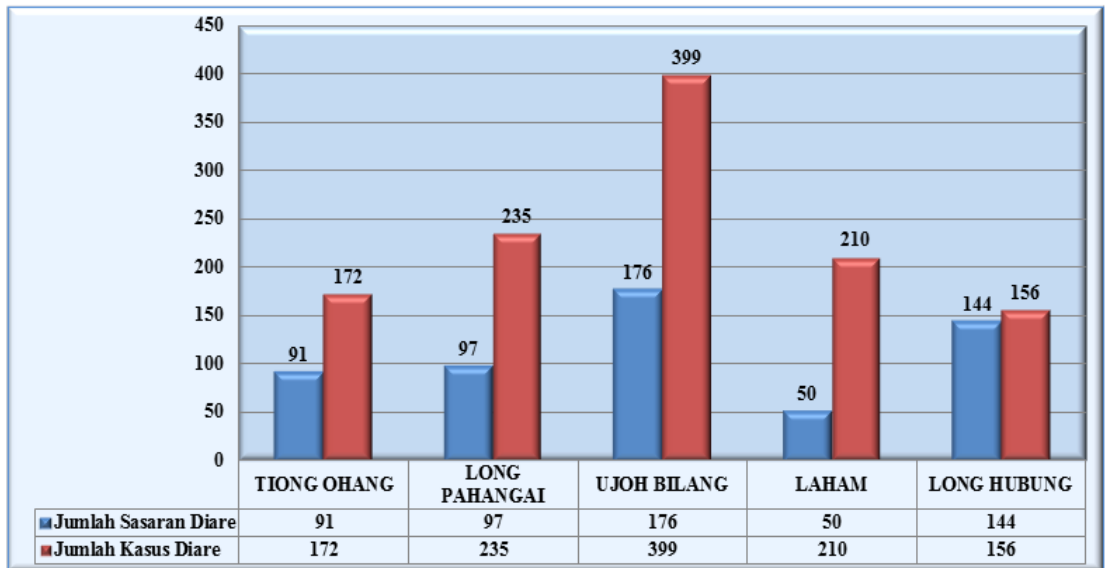
Berdasarkan data kasus diare di Kabupaten Mahakam Ulu pada tahun 2016 sebanyak 1.172 penderita diare atau 210% dari jumlah sasaran Angka ini menurun dibandingkan pada tahun 2015 sebanyak 2.115 penderita diare atau 382% dari jumlah sasaran, sedangkan tahun 2014 hanya 1.306 penderita diare yang ditangani atau 236% dari jumlah sasaran.

Gambar 2.11: Gambaran Kasus Diare Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data: Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.12.: Gambaran Kasus Diare yang di tangani di tingkat Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu

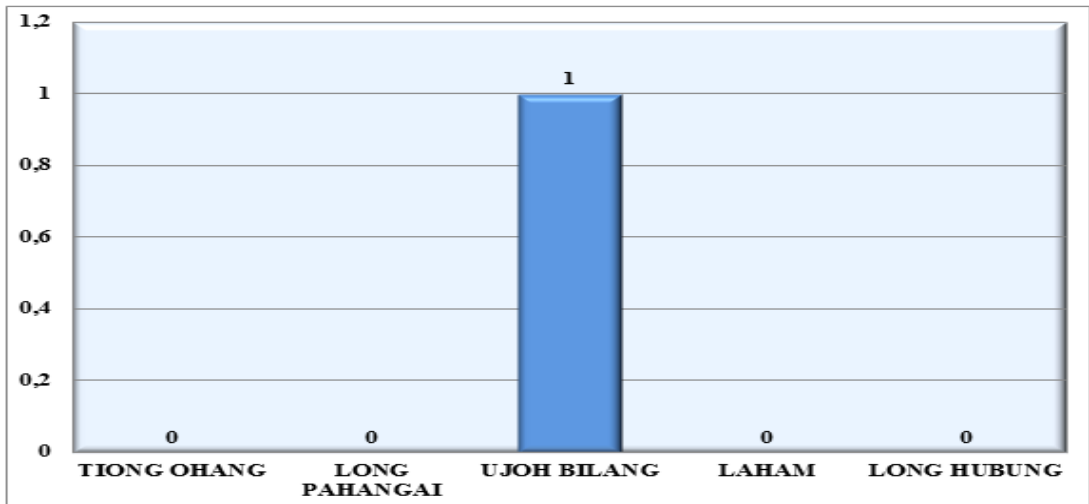


Sumber data: Tabel Profil Tahun 2016

f. Kusta

Pada tahun 2016 terdapat 1 kasus baru kusta basah di kecamatan Long Bagun dan tahun 2015 terdapat 1 kasus baru Kusta kering (Pausi Basiler) di Kecamatan Long Hubung sedangkan tahun 2014 tidak ditemukan penderita penyakit kusta di kabupaten Mahakam Ulu.

Gambar 2.13.: Gambaran Penyakit Kusta yang di tangani di tingkat Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016

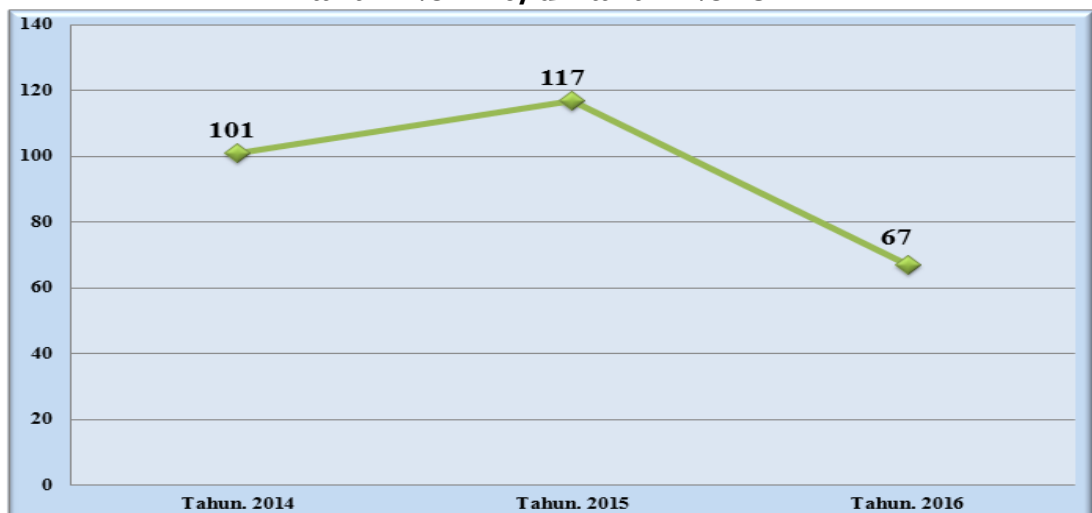


Sumber data: Tabel Profil Tahun 2016

g. Demam Berdarah Dengue (DBD)

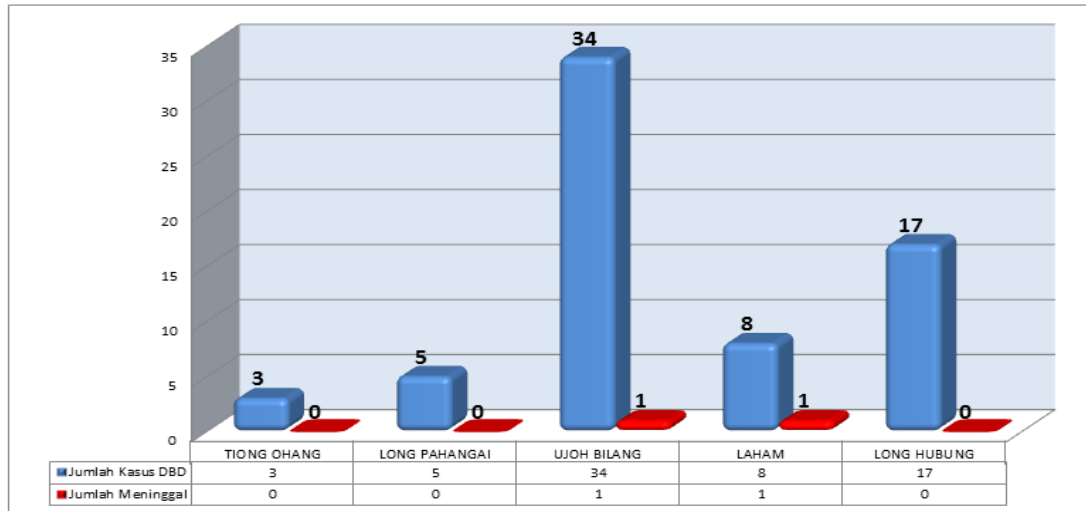
Berdasarkan data dari sarana pelayanan kesehatan selama tahun 2016 ditemukan kasus DBD sebanyak 67 orang atau 257 per 100.000 penduduk. Terjadi penurunan kasus karena dari tahun 2015 kasus sebanyak 117 orang atau 451.8 per 100.000 penduduk sedangkan tahun 2014 ditemukan sebanyak 101 orang atau 390 per 100.000 penduduk. Kasus terbanyak pada tahun 2016 di Puskesmas Ujoh Bilang yaitu sebanyak 34 orang dan paling rendah di Puskesmas Tiong Ohang sebanyak 3 orang.

Gambar 2.14.: Gambaran Kasus DBD Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.15.: Gambaran Kasus DBD yang di tangani di tingkat Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016

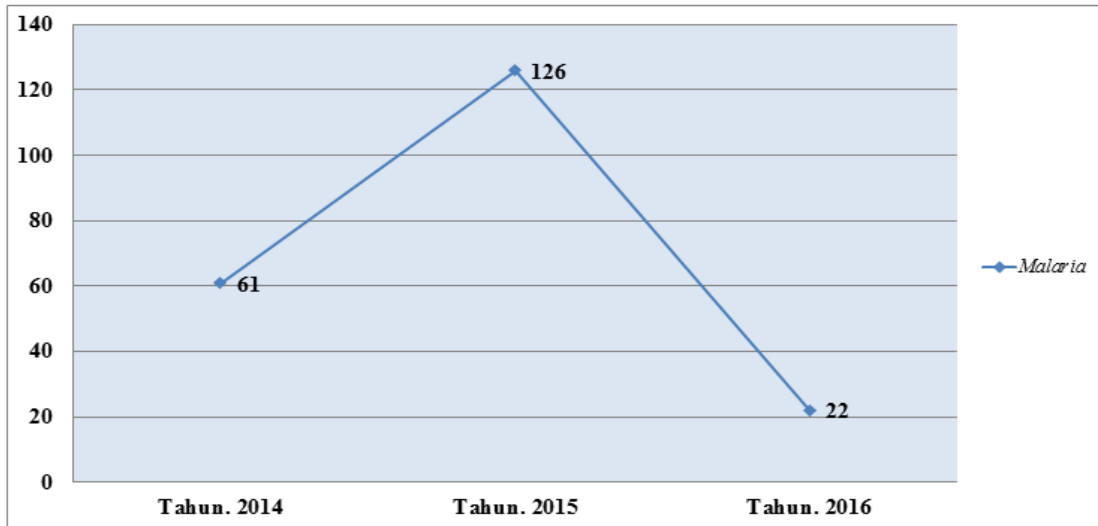


Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

h. Malaria

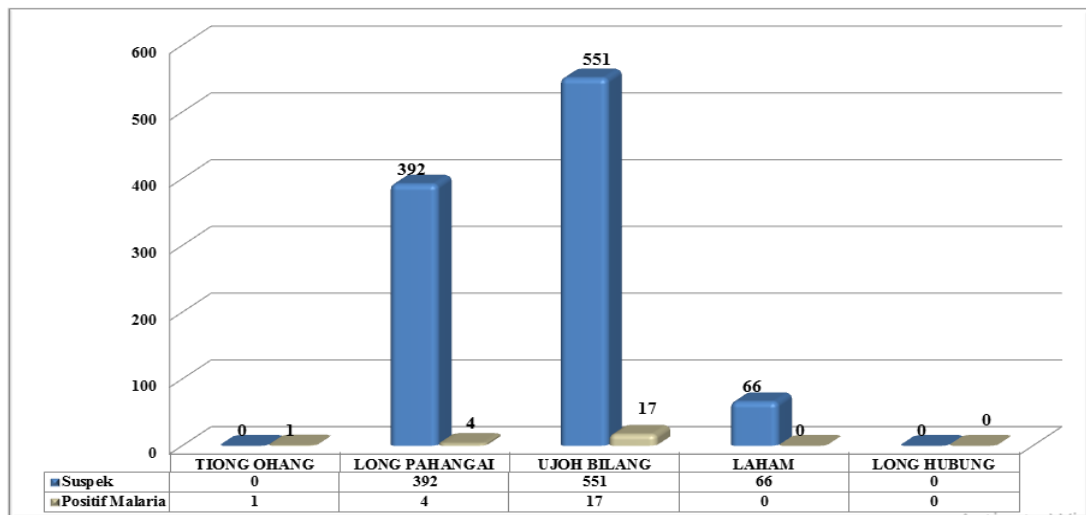
Penyakit malaria merupakan penyakit endemis di wilayah Kabupaten Mahakam Ulu. Berdasarkan data dari sarana pelayanan kesehatan pada tahun 2016 ditemukan penderita malaria positif sebanyak 22 penderita. Angka ini menurun dari tahun 2015 sebanyak 126 penderita sedangkan pada tahun 2014 penderita malaria positif sebanyak 61 penderita. Berdasarkan laporan dari Puskesmas tidak ditemukan penderita Malaria Meninggal.

Gambar 2.16.: Gambaran Kasus Malaria Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.17.: Gambaran Kasus Malaria yang di tangani di tingkat Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

i. Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)

Penyakit Filariasis merupakan penyakit endemis. Berdasarkan data dari sarana pelayanan kesehatan yang berada di Kabupaten Mahakam Ulu sampai tahun 2016 tidak di temukan penderita Filariasis.

C. Status Gizi

Status Gizi masyarakat dapat diukur dari beberapa indikator yaitu Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan status Gizi Balita (BGM)

a. Bayi dengan berat badan rendah (BBLR)

Berat badan lahir rendah (Berat Badan Lahir < 2.500 gram) merupakan salah satu faktor utama penyebab kematian Perinatal dan Neonatal. BBLR dibedakan dalam 2 katagori yaitu BBLR karena Prematur dan BBLR karena *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR) yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang. Berdasarkan *facility based* data tidak ditemukan bayi BBLR dari tahun 2014 sampai tahun 2015 dan tahun 2016 ditemukan 9 bayi BBLR.

Di Negara berkembang banyak BBLR karena IUGR yang disebabkan karena ibu berstatus gizi buruk, anemia, malaria dan menderita penyakit menular seksual sebelum atau pada saat kehamilan

b. Status Gizi Balita

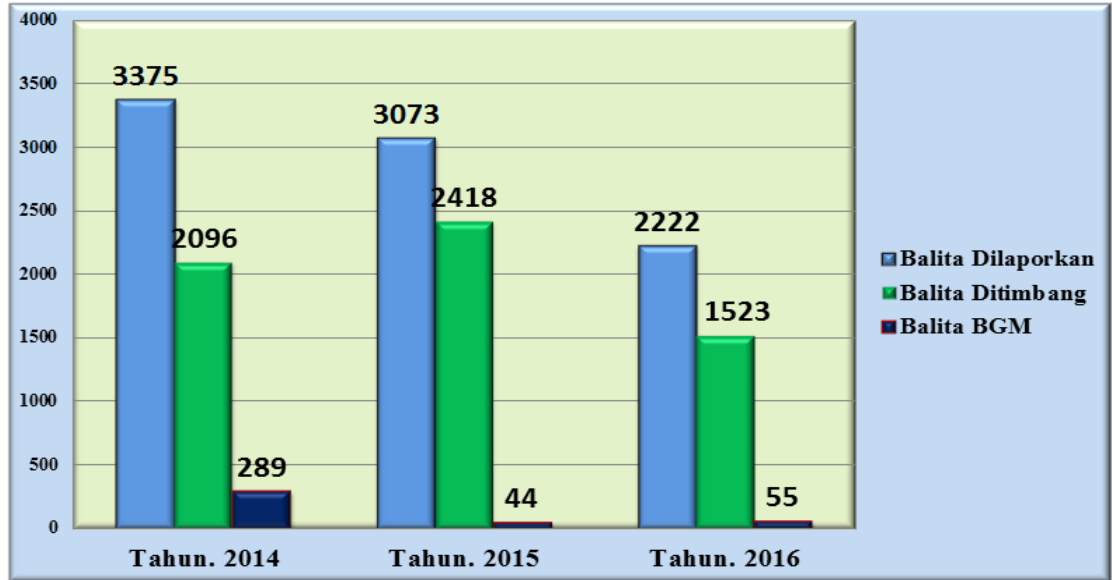
Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia. Kekurangan gizi dapat menyebabkan beberapa efek serius seperti kegagalan pertumbuhan fisik, menurunnya perkembangan kecerdasan, menurunnya produktivitas, menurunnya daya tahan tubuh terhadap penyakit serta meningkatnya resiko kesakitan dan kematian. Status Gizi Balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Salah satu cara mengukur status gizi balita adalah dengan pengukuran secara anthropometric yang menggunakan indeks berat badan menurut umur (BB/U).

1. Balita di Bawah Garis Merah (BGM)

Balita dengan berat badan menurut umur (BB/U) berada di bawah garis merah pada KMS (Anonim, 2009). Balita BGM tidak selalu berarti menderita gizi buruk. Akan tetapi, itu dapat menjadi indikator awal bahwa balita tersebut mengalami masalah gizi. Dari *facility based* data pada tahun 2016 diketahui 55 balita yang berada di bawah garis merah, dengan

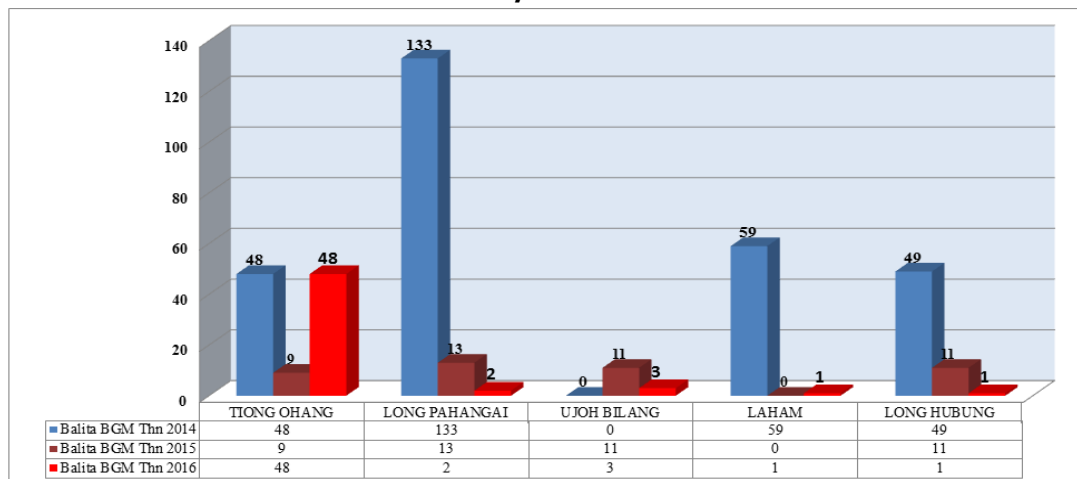
demikian terdapat peningkatan dari tahun 2015 yaitu terdapat 44 balita sedangkan tahun 2014 di ditemukan balita di Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 289 balita.

Gambar 2.18.: Cakupan Penimbangan Balita Di Puskesmas pada Tahun 2014 S/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.19.: Cakupan Balita BGM menurut Puskesmas pada Tahun 2014 S/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

2. Balita Gizi Buruk

Keadaan kurang gizi tingkat berat pada anak berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) < -3 SD dan atau ditemukan tanda-tanda klinis marasmus, kwashiorkor dan marasmus-kwashiorkor. Tahun 2016 terdapat 14 kasus

balita gizi buruk dan mendapat perawatan sedangkan pada tahun 2015 tidak ditemukan balita gizi buruk dan tahun 2014 ditemukan 1 balita gizi buruk dan mendapat perawatan.

2.2.5. Upaya Kesehatan

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, telah dilakukan berbagai upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Berikut ini diuraikan gambaran situasi upaya kesehatan tahun 2016.

A. Pelayanan Kesehatan Dasar

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan yang dirasakan masyarakat sudah dapat diatasi.

Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

Ibu mempunyai peran yang sangat besar pada pertumbuhan dan perkembangan bayi. Gangguan kesehatan yang dialami ibu bisa berpengaruh pada kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi.

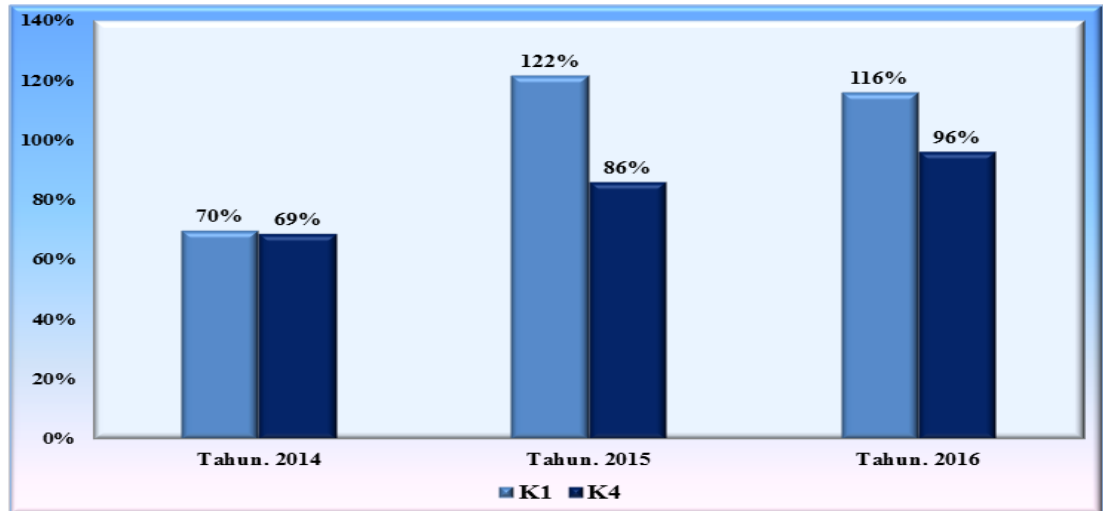
Di lain pihak bayi merupakan kelompok yang paling beresiko baik resiko penyakit, kurang gizi maupun kematian. Oleh karena itu kedua kelompok ini perlu pelayanan kesehatan spesifik.

a) Cakupan Kunjungan K1 dan K4

Indikator pelayanan kesehatan ibu tercermin pada cakupan K1, cakupan K4, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan Kunjungan Neonatus. Cakupan K1 menggambarkan akses pelayanan ibu hamil, yaitu besaran ibu hamil yang telah melakukan pemeriksaan kesehatan pertama.

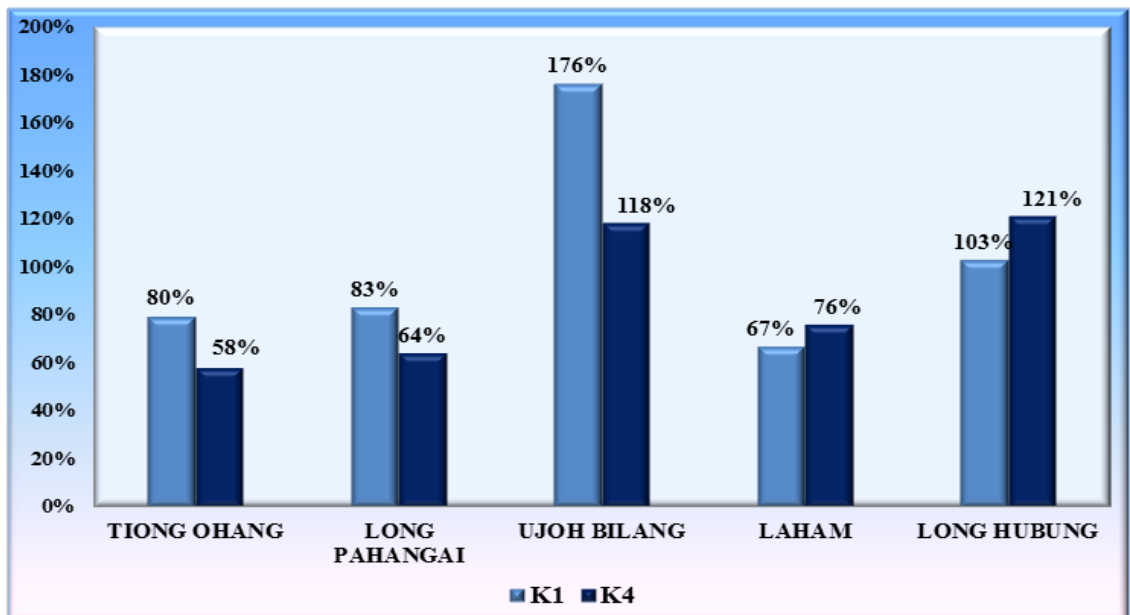
Cakupan K1 pada tahun 2016 Sebesar 116 %. Cakupan kunjungan ini turun dari tahun 2015 yaitu sebesar 121.5 % dan tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2014 hanya sebesar 69,7 %. Angka cakupan K1 tertinggi di Puskesmas Ujoh Bilang Sebanyak 176 % dan terendah di Puskesmas Laham sebanyak 67 % .

Gambar 2.20.: Cakupan Kunjungan K1 & K4 Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.21.: Cakupan Kunjungan K1 dan K4 Berdasarkan Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Cakupan K4 menggambarkan besaran ibu hamil yang mendapatkan pelayanan sesuai standar yaitu pemeriksaan 4 kali selama kehamilan, angka ini bisa dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan ibu hamil.

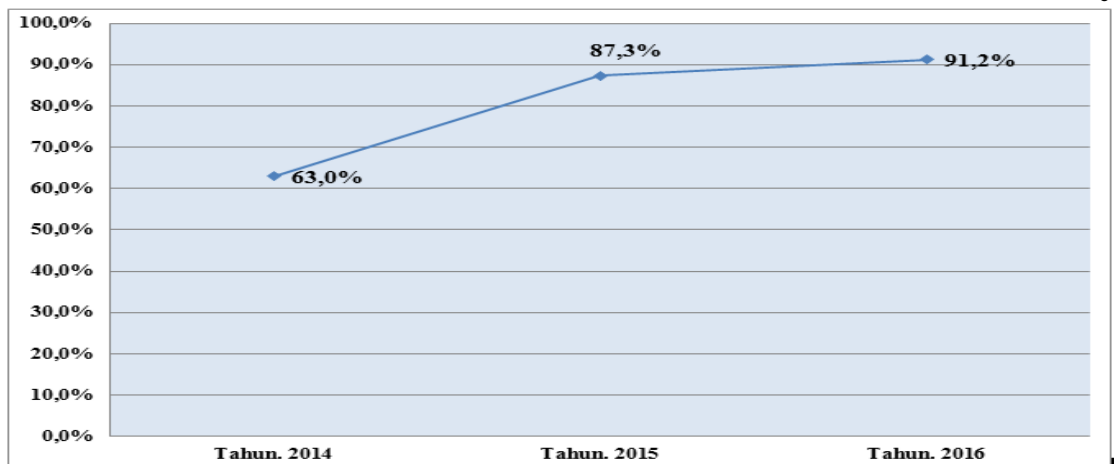
Cakupan K4 pada tahun 2016 sebanyak 96 %, cakupan kunjungan ini meningkat dari tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2015 sebanyak 86 %, sedangkan pada tahun 2014 sebanyak 69 %. Cakupan K4 tertinggi di Puskesmas Long Hubung sebanyak 121% dan terendah di Puskesmas Tiong Ohang sebanyak 58%.

b) Cakupan persalinan ditolong oleh Tenaga kesehatan (Nakes)

Sebagai upaya untuk menekan kasus kematian ibu dan bayi yang sering terjadi pada saat persalinan yang disebabkan oleh karena pertolongan persalinan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan, dilakukan pemenuhan akses pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Adapun Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2016 sebanyak 91,2% cakupan pertolongan oleh Nakes ini meningkat dari 2 tahun sebelumnya yaitu tahun 2015 hanya sebanyak 87.3 %, dan tahun 2014 sebanyak 62,9 %.

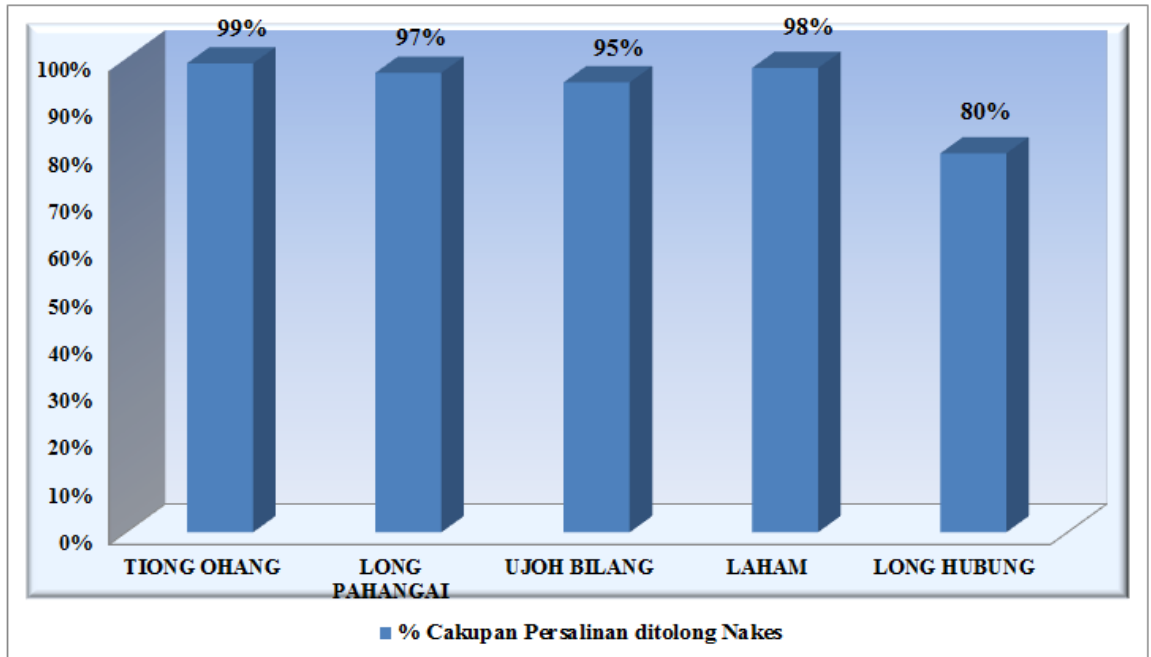
Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan tertinggi di Puskesmas Tiong Ohang sebanyak 99 % dan terendah di Puskesmas Long Hubung sebanyak 88 %.

Gambar 2.22.: Cakupan Persalinan ditolong Nakes Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.23.: Cakupan Persalinan ditolong Nakes Menurut Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016

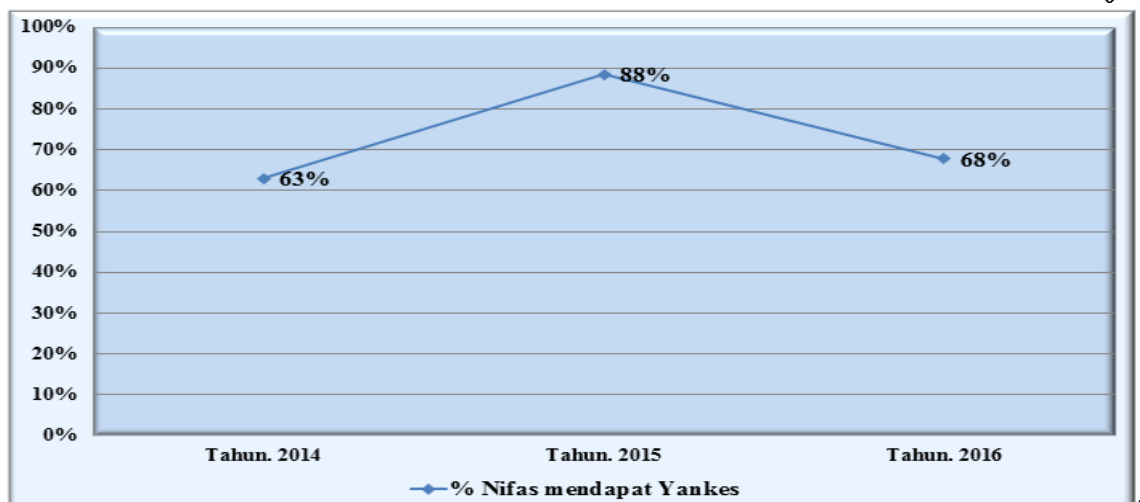


Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

c) Cakupan pelayanan Ibu Nifas

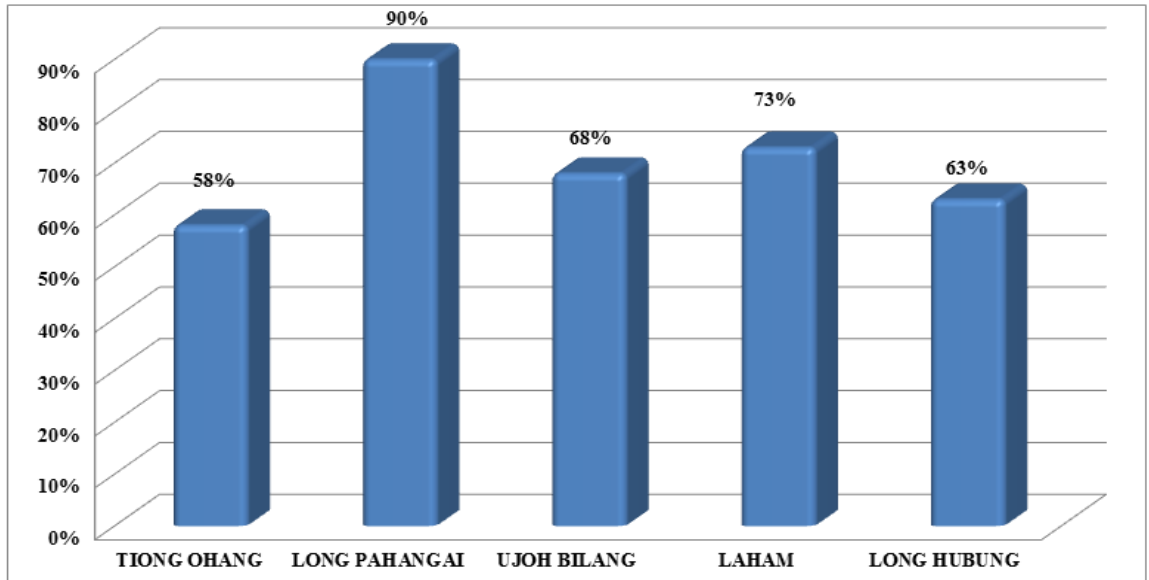
Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan pada tahun 2016 sebanyak 68%. Pelayanan nifas ini menurun dari tahun sebelumnya yaitu tahun 2015 sebanyak 88 %, dan tahun 2014 sebanyak 63 %. Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan tertinggi di Puskesmas Long Pahangai sebanyak 90 % dan terendah di Puskesmas Tiong Ohang sebanyak 58 %.

Gambar 2.24.: Cakupan Pelayanan Nifas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.25.: Cakupan Pelayanan Nifas Menurut Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



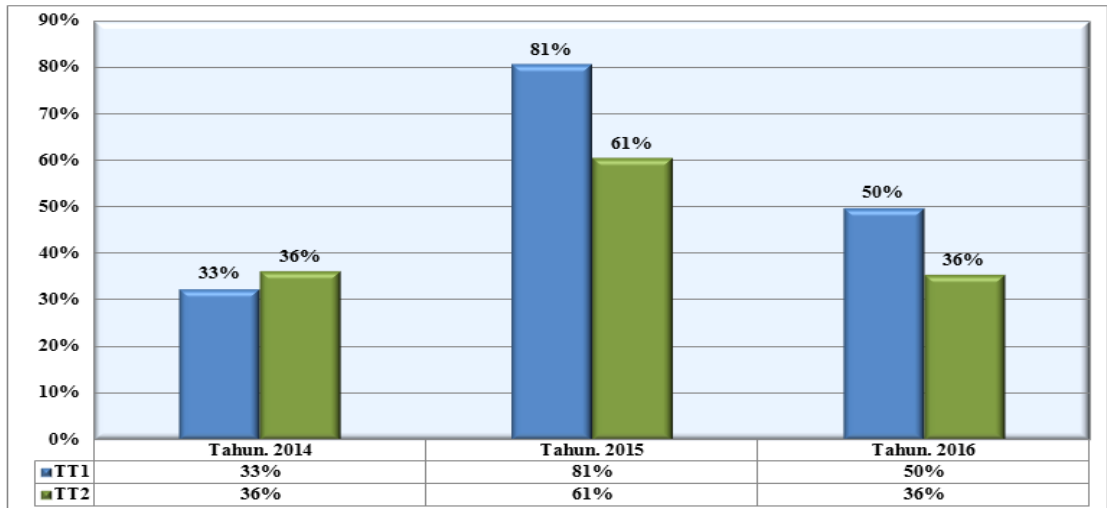
Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

d) Cakupan Imunisasi TT1 dan TT2 Ibu Hamil

Adapun angka cakupan imunisasi TT1 Ibu hamil Kabupaten Mahakam Ulu tahun 2016 sebesar 58 % cakupan imunisasi ini menurun dari tahun sebelumnya karena pada tahun 2015 mencapai 81%, sedangkan tahun 2014 hanya sebesar 33%. Angka cakupan TT 1 ibu hamil tertinggi tahun 2016 di Puskesmas Long Hubung sebesar 99 %, dan terendah di puskesmas Long Pahangai yang hanya sebesar 1 %.

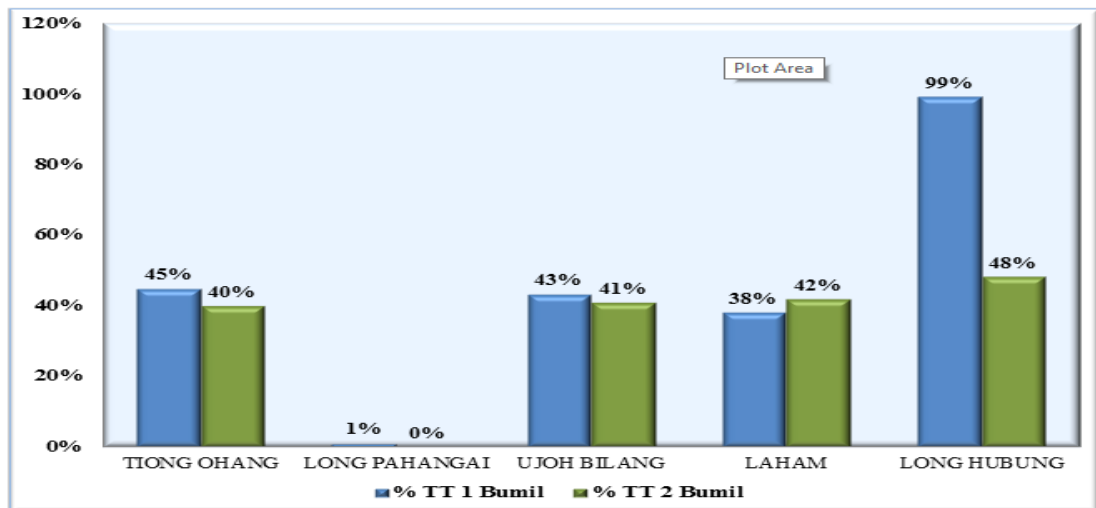
Adapun Cakupan TT 2 ibu hamil Kabupaten Mahakam Ulu tahun 2016 hanya sebesar 36% cakupan imunisasi ini lebih rendah dari tahun 2015 yang mencapai 61 % dan di tahun 2014 hanya 36%. Angka cakupan TT 2 ibu hamil tertinggi di Puskesmas Long Hubung sebesar 48%, dan terendah Puskesmas Long Pahangai Sebesar 0 %.

Gambar 2.26.: Cakupan Imunisasi TT1 dan TT2 Ibu hamil Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.27.: Cakupan Imunisasi TT1 dan TT2 Ibu hamil Menurut Puskesmas, Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



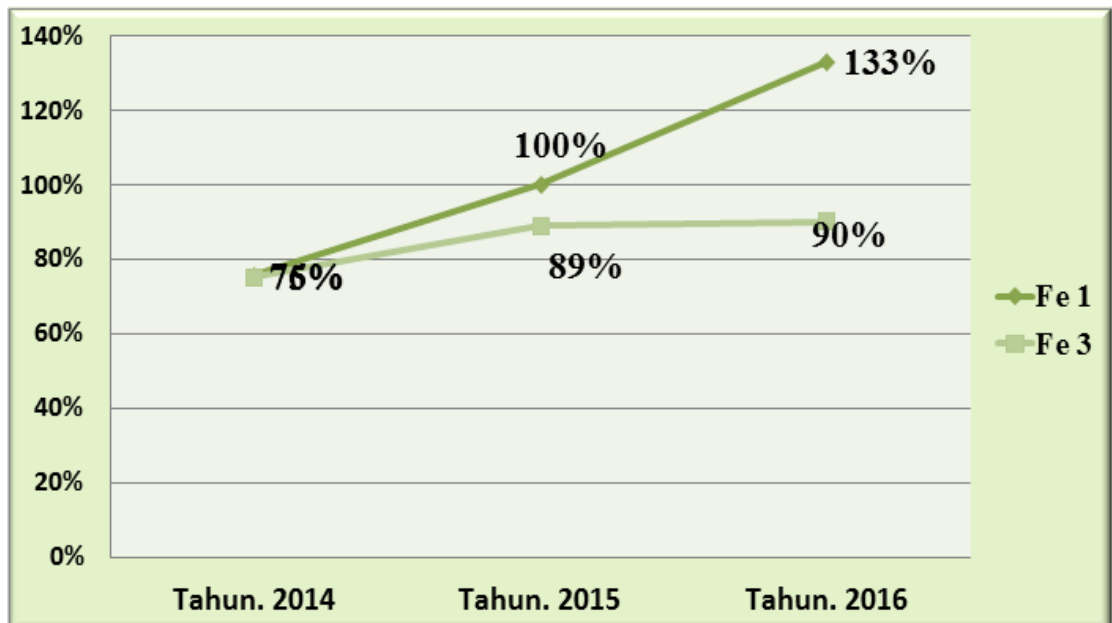
Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

e) Cakupan Pemberian Fe pada Ibu hamil

Pemberian Fe pada ibu hamil merupakan upaya untuk mencegah Anemia pada ibu hamil yang dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin. Adapun jumlah pemberian Fe pada ibu hamil di Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016 untuk Fe 1 sebesar 133% cakupan pemberian Fe ini meningkat di mana pada tahun 2015 yaitu untuk Fe 1 sebanyak 100%, dan tahun 2014 yaitu untuk Fe 1 sebanyak 76%, dimana cakupan pemberian Fe 1 di

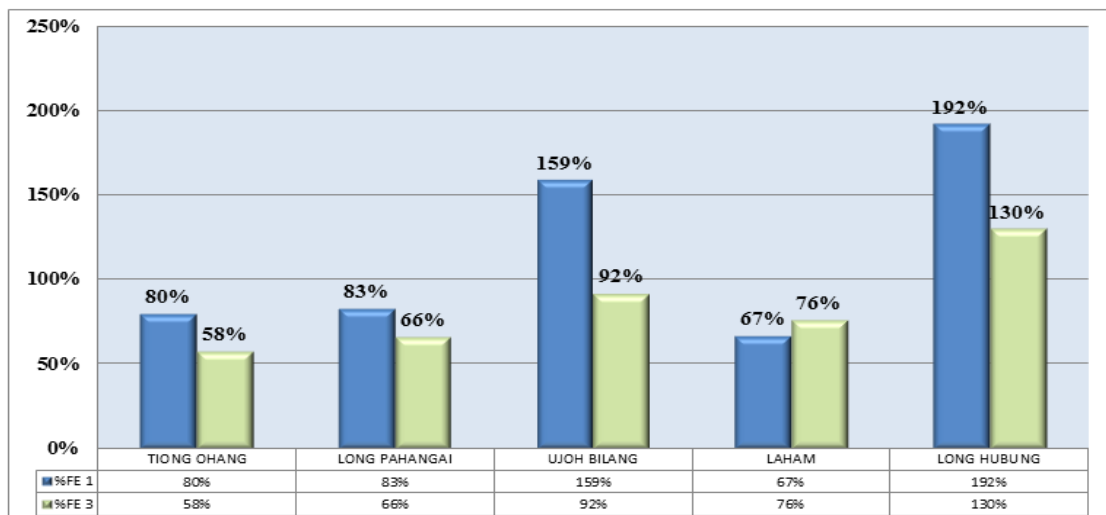
Puskesmas pada ibu hamil tertinggi di Puskesmas Long Hubung sebesar 192 % dan terendah di Puskesmas Laham sebesar 67%. Adapun cakupan untuk pemberian Fe 3 pada ibu hamil di Kabupaten Mahakam Ulu tahun 2016 sebesar 90 % terjadi peningkatan di dibandingkan cakupan pemberian Fe 3 pada tahun 2015 sebesar 89%, dan tahun 2014 hanya sebesar 75 %, cakupan tertinggi di Puskesmas Long Hubung sebanyak 130 % dan terendah di Puskesmas Tiong Ohang sebesar 58 %.

Gambar 2.28.: Cakupan Pemberian Fe pada Ibu Hamil, Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.29.: Cakupan Pemberian FE pada Ibu Hamil Menurut Puskesmas, Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



itan

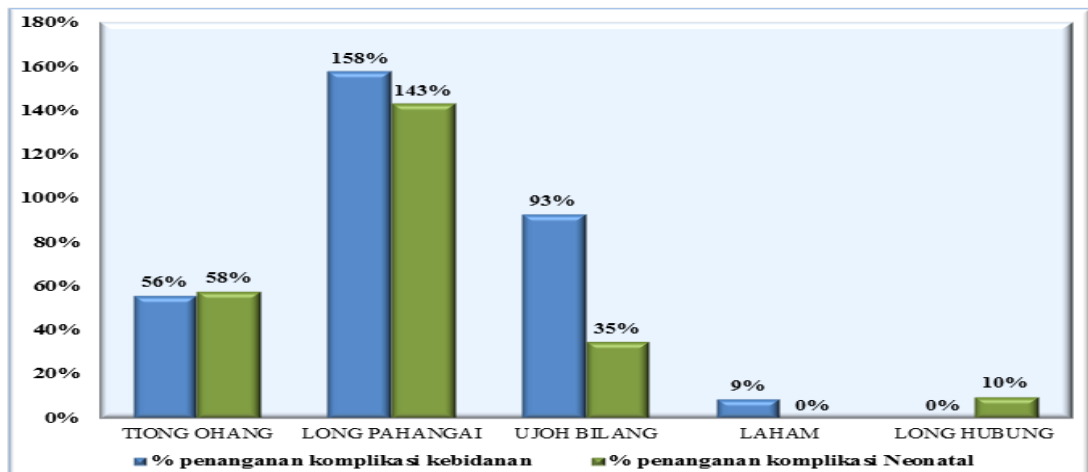
Kabupaten Mahakam Ulu

Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

f) Cakupan penanganan Neonatal Komplikasi

Neonatal komplikasi adalah neonatus dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernafasan dan kelainan kogenital yang membutuhkan penanganan pelayanan kesehatan sesuai standar oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan atau perawat). Persentase penanganan komplikasi kebidanan yang ditangani tertinggi pada puskesmas Long Pahangai sebesar 143 % dan yang terendah pada puskesmas Laham 0

Gambar 2.30.: Cakupan penanganan komplikasi kebidanan dan Neonatal Menurut Puskesmas, Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



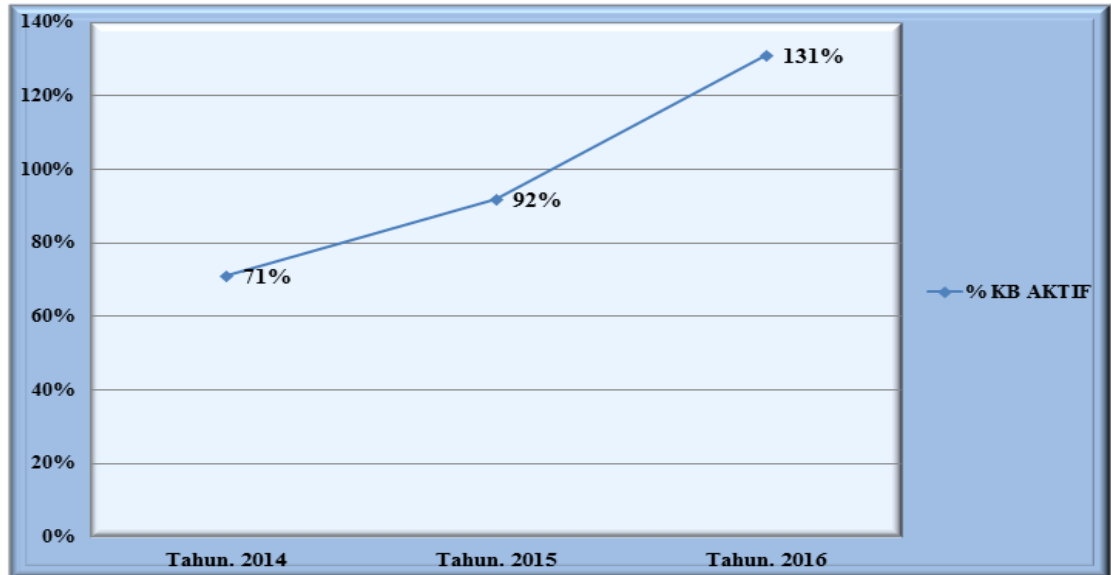
Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

g) Cakupan peserta KB

Berdasarkan data dari sarana pelayanan kesehatan didapatkan gambaran bahwa persentase KB aktif di Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016 sebesar 131 % Cakupan ini meningkat dari tahun 2015 sebesar 92%. dan tahun 2014 sebesar 71 %. Kemudian proporsi pengguna alat kontrasepsi suntik lebih besar

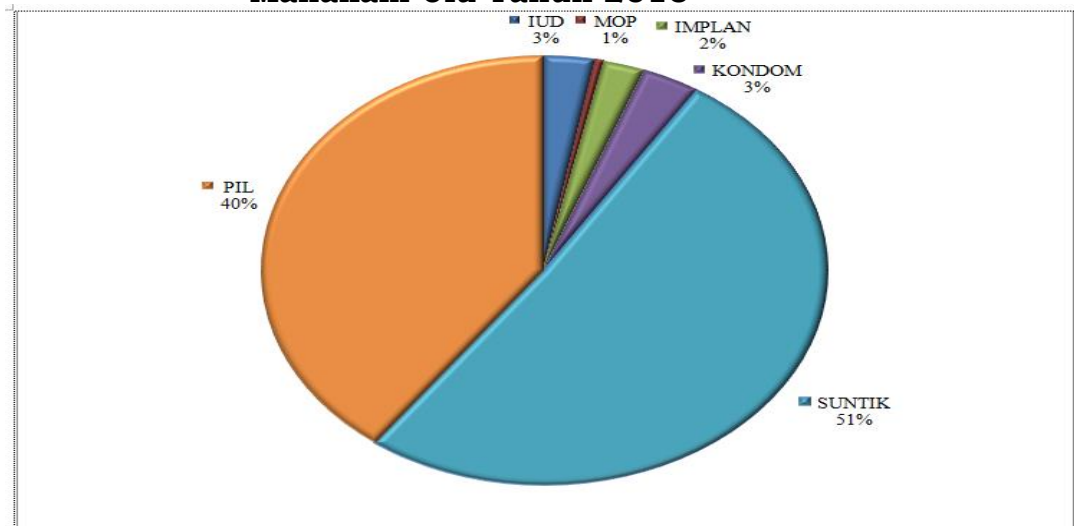
dibandingkan alat kontrasepsi lainnya pada peserta KB aktif yaitu sebesar 40 %.

Gambar 2.31.: Proporsi Peserta KB Aktif menurut Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.32.: Proporsi Peserta KB Aktif Menurut Jenis Kontrasepsi pada Puskesmas di Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016

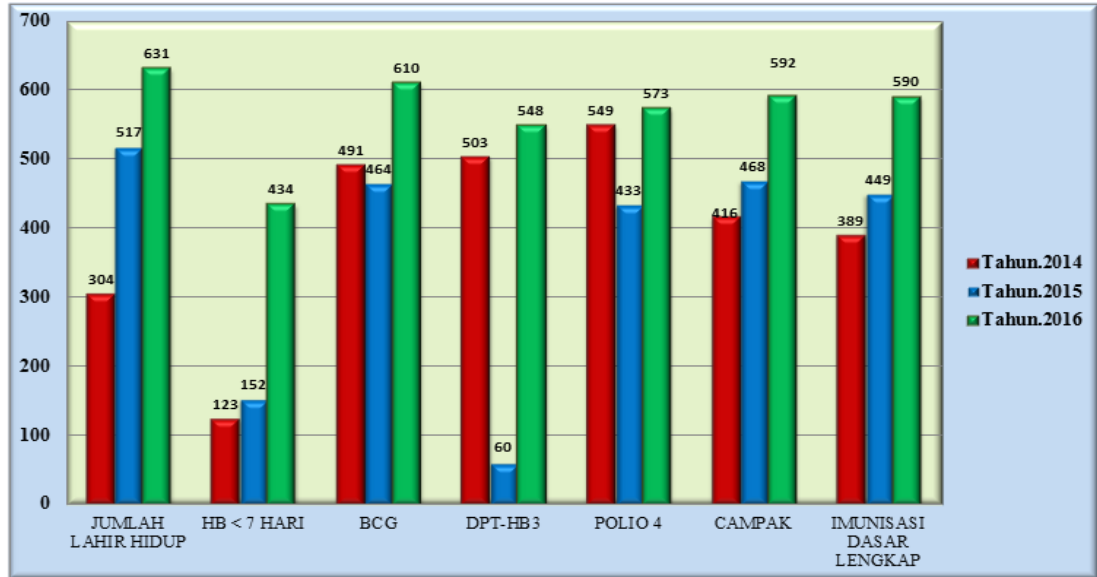


Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

h) Cakupan Imunisasi Bayi

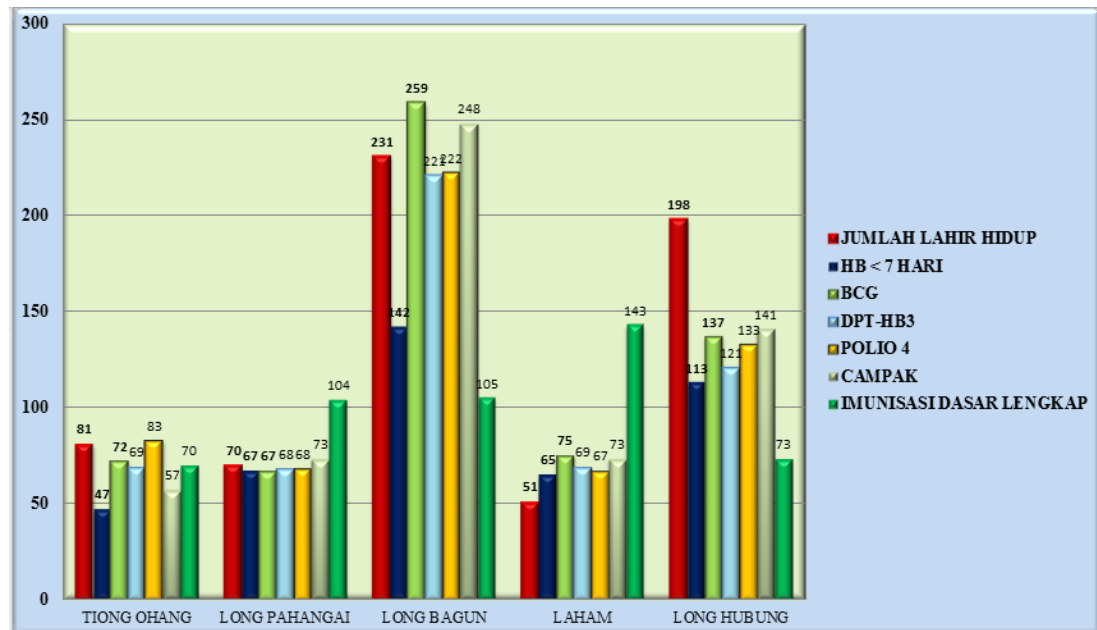
Pelayanan imunisasi bayi meliputi imunisasi BCG 1 kali, DPT-HB (3 kali), Polio 4 kali dan campak 1 kali, yang dilaksanakan melalui pelayanan rutin di Posyandu dan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas).

Gambar 2.33.: Jumlah imunisasi Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.34.: Jumlah Imunisasi Dasar Lengkap Menurut Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

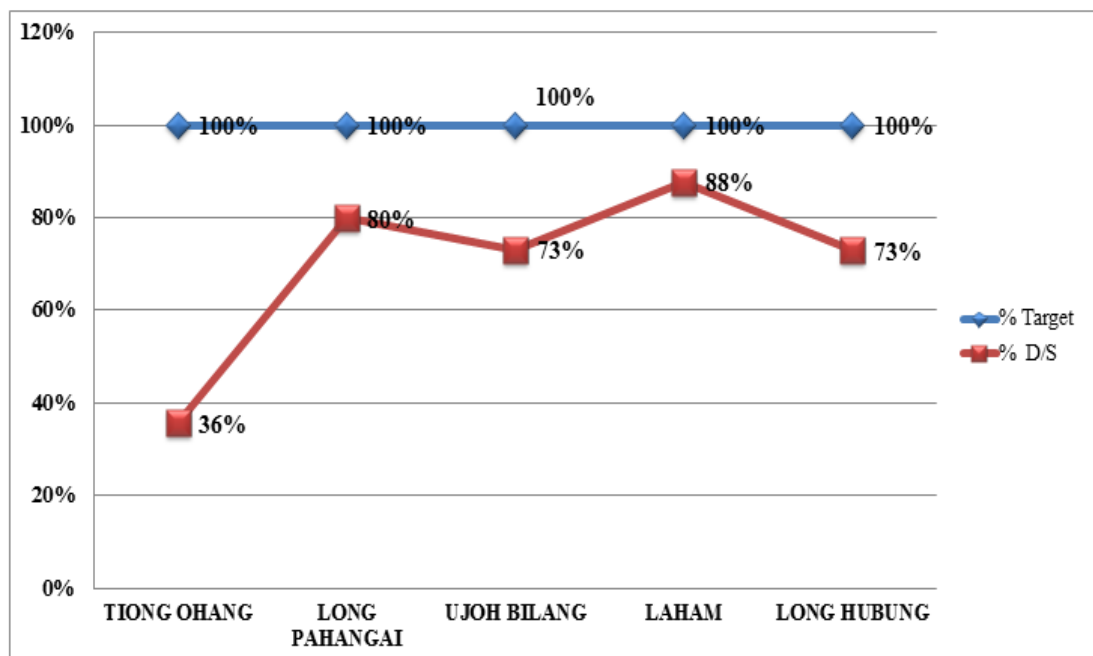
Cakupan imunisasi tahun 2016 imunisasi: BCG sebanyak 610 bayi, imunisasi DPT3-HB3 sebanyak 548 bayi, Polio 4 sebanyak 573 bayi, kemudian imunisasi dasar lengkap sebesar 590 bayi. Cakupan ini meningkat dari tahun 2015 imunisasi BCG sebanyak 464 bayi, imunisasi DPT3-HB3 sebanyak 60 bayi, Polio 4 sebanyak

433, Kemudian imunisasi dasar lengkap sebanyak 449 dan tahun 2014 imunisasi BCG sebanyak 491 bayi, imunisasi DPT3-HB3 sebesar 503 bayi, Polio 4 sebanyak 549 bayi, Kemudian imunisasi dasar lengkap sebanyak 389 bayi.

2. Penimbangan Bayi dan Balita di Posyandu

Penimbangan balita di Posyandu merupakan kegiatan rutin yang dilaksanakan oleh Puskesmas setiap bulan dalam rangka pemantauan status gizi. Rata-rata cakupan penimbangan balita di kabupaten Mahakam Ulu tahun 2016 sebesar 69 % balita yang ditimbang, terjadi penurunan dibandingkan tahun 2015 sebesar 79 % balita yang ditimbang, dan tahun 2014 hanya sejumlah 62 % balita yang ditimbang. Cakupan tertinggi di Puskesmas Laham sebesar 88 % balita, dan terendah di Puskesmas Tiong Ohang sebesar 36 %.

Gambar 2.35.: Cakupan Penimbangan Balita Berdasarkan Puskesmas, Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



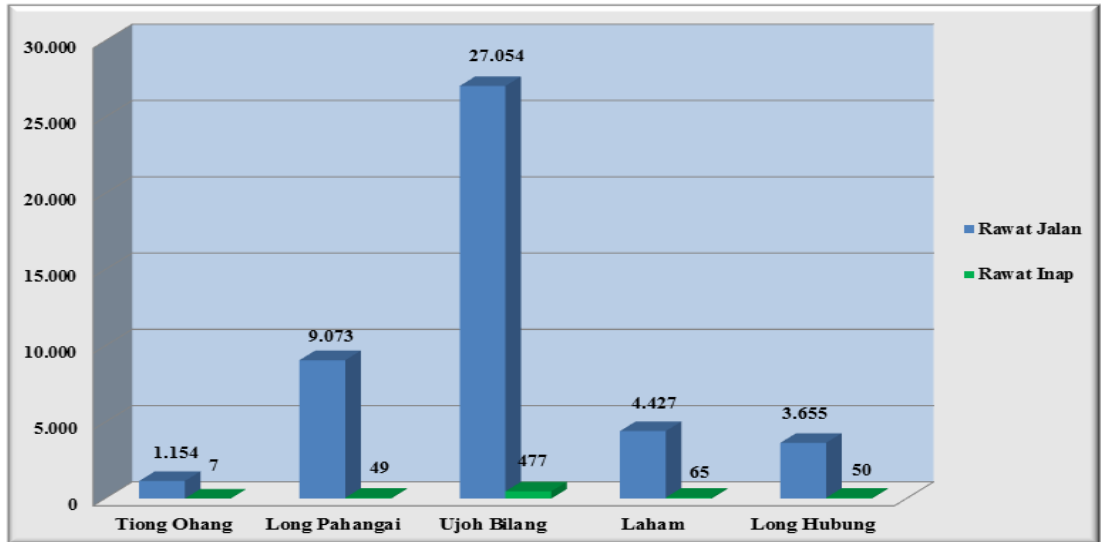
Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

B. Akses Dan Mutu Pelayanan Kesehatan

Cakupan jumlah kunjungan rawat jalan Mahakam Ulu tahun 2016 sebesar 45.363 kunjungan dan jumlah rawat inap 648

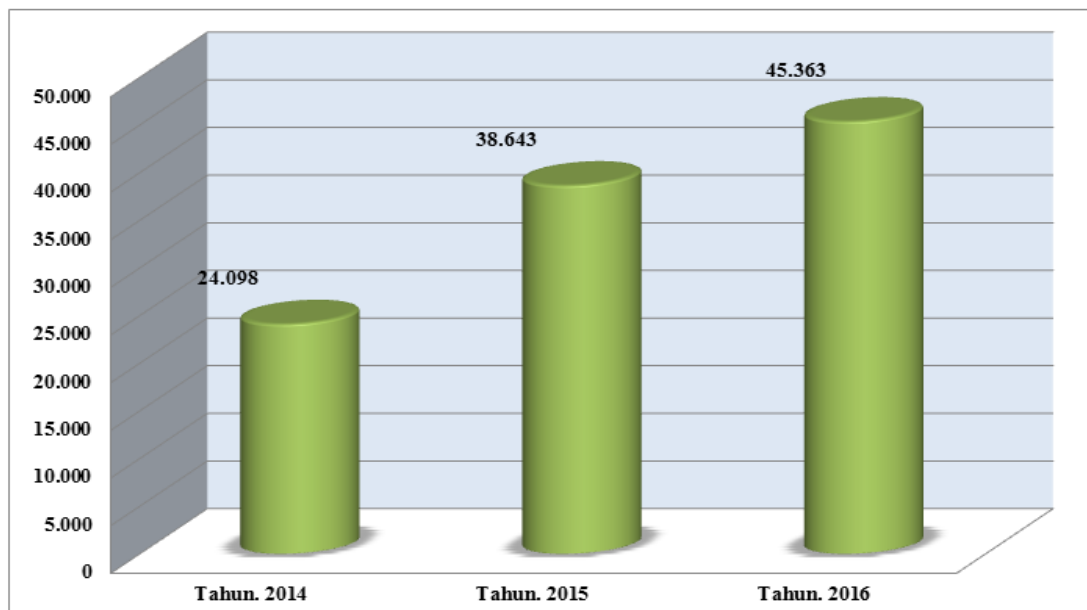
pasien. Angka ini meningkat di dibandingkan dengan tahun 2015 dengan jumlah kunjungan rawat jalan 38.643 kunjungan, dan tahun 2014 hanya 24.098 kunjungan rawat jalan.

Gambar 2.36.: Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2014 s/d Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

Gambar 2.37.: Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap Berdasarkan Puskesmas Kabupaten Mahakam Ulu Tahun 2016



Sumber data : Tabel Profil Tahun 2016

C. Pandemi Covid-19

Covid-19 sebagai virus yang sangat berbahaya yang sejak tahun akhir tahun 2019 mulai menyerang dan menyebar dari manusia ke manusia dan berawal di Wuhan provinsi di bagian Negara RRC.

Virus ini dialami masing-masing orang memiliki respons yang berbeda terhadap COVID-19. Sebagian besar orang yang terpapar virus ini akan mengalami gejala ringan hingga sedang, dan akan pulih tanpa perlu dirawat di rumah sakit.³²

Gejala yang paling umum:

Demam, batuk kering, kelelahan

Gejala yang sedikit tidak umum:

rasa tidak nyaman dan nyeri, nyeri tenggorokan, diare, konjungtivitis (mata merah), sakit kepala, hilangnya indera perasa atau penciuman ruam pada kulit, atau perubahan warna pada jari tangan atau jari kaki. Penyebaran Covid-19 ini di Kabupaten Mahakam Ulu sudah cukup mengkhawatirkan. Pertanggal 16 Juli 2021 sudah masuk zona merah karena penyebaran ditambah dengan Covid 19 jenis delta yang sangat ditakuti.

2.2.6. Analisis Terhadap Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan dan Data Peraturan Daerah Kesehatan Bertentangan dengan Peraturan Perundang-Undangan

Dalam pembentukan Peraturan Daerah baik di Provinsi maupun di Kabupaten/Kota, maka proses yang penting adalah registrasi dari Kemendagri. Karena bila tidak diregistrasi, maka Peraturan Daerah yang diajukan sebagai rancangan akan ditolak dan tidak bisa dilanjutkan untuk disahkan. Dari hasil penetapan Kemendagri terhadap Peraturan Daerah yang ada di Indonesia mulai dari 34 Provinsi dan seluruh kabupaten/kota, maka peraturan daerah yang dibatalkan oleh Kemendagri terkait dengan urusan wajib pelayanan dasar bidang Kesehatan, sebagaimana ditampilkan pada tabel di bawah ini:

³² https://www.google.com/search?q=perkebangan+coiv-19+saat+ini+di+indonesia&client=firefox-b-d&ei=iizyYIblJZm6rQGw2LLwAg&oq=perkebangan+coiv-19+saat+ini+di+indonesia&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EANKBQhAEgExSgQIQRgBUOwgWJ84YOk6aAJwAHgBgAGyC4gB_RmSAQ0wLjguMS41LTEuMC4xmAEAoAEBqgEHZ3dzLXdpesABAQ&sclient=gws-wiz&ved=0ahUKEwiG0pjB9OjxAhUZXSsKHTCsDC4Q4dUDCA0&uact=5

**Tabel 2.10.: Peraturan Daerah Provinsi, Kabupaten/Kota di
Ondonesia yang dibatalkan Kemendagri terkait
urusan Kesehatan**

No	Kepmendagri	Tentang
1	115 tahun 2006	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Asahan 5 Tahun 2004 tentang Perizinan Bidang Kesehatan
2	117 Tahun 2006	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Asahan Nomor 10 Tahun 2004 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Pemerintah Kabupaten Asahan
3	493 tahun 2009	Pembatalan Pasal 8 ayat (2) Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 6 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Pengujian Kesehatan
4	1 Tahun 2008	Pembatalan Lampiran Romawi I Angka 1 dan Romawi II Angka 1 Peraturan Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung Nomor 4 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi Kepulauan Bangka Belitung
5	200 Tahun 2008	Pembatalan Lampiran I Angka 1 dan Lampiran II Angka 1 Peraturan Daerah Kota Pasuruan Nomor 1 Tahun 2000 tentang Retribusi Pelaaanan Kesehatan.
6	124 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 10 huruf y, Huruf bb, Huruf dd, dan huruuf ee, Pasal 11, dan Pasal 12 Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Nomor 5 Tahun 2003 tentang Retibusi Pelayanan Kesehatan Dalam Wilayah Kabupaten Kutai Kartanegara
7	156 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 8 Ayat (2) huruf a Angka 1 Peraturan Daerah Kabupaten Batanghari Nomor 4 Tahun 2003 tentang Retibusi Pelayanan Kesehatan
8	164 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Utara Nomor 8 Tahun 2002 tentang Retibusi Pelayanan Kesehatan Puskesmas
9	168 Tahun 2009	Pembatalan Lampiran Angka 1 huruf a Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Nomor 12 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas
10	169 Tahun 2009	Pembatalan Lampiran Angka I Peraturan Daerah kabupaten Belitung Nomor 13 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum

		Kabupaten Belitung
11	196 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 7 Tahun 1998 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
12	197 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 4 Tahun 2007 tentang Retribusi Perizinan Sarana dan Tenaga Bidang Kesehatan
13	205 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 7 Tahun 2005 tentang Retribusi Izin Usaha Pelayanan Kesehatan Swasta
14	327 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Lamongan Nomor 15 Tahun 2003 tentang Izin Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Swasta di Kabupaten Lamongan
15	360 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Kolaka Nomor 4 Tahun 2004 tentang Retribusi Izin Usaha di Bidang Distribusi Obat dan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Swasta
16	374 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 12 ayat (8) Peraturan Daerah Kota Palangkaraya Nomor 1 Tahun 2008 tentang Retribusi Izin Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan
17	409 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Karo Nomor 12 Tahun 2006 tentang Retribusi Perizinan Usaha Sarana Pelayanan Kesehatan
18	415 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kota Padangsidempuan Nomor 16 Tahun 2008 tentang Retribusi Izin Pelayanan Kesehatan
19	427 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Seluma Nomor 23 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
20	493 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 8 Ayat (2) Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 6 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Pengujian Kesehatan
21	557 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 6 Peraturan Daerah Kabupaten Bulungan Nomor 5 Tahun 2002 tentang Retribusi Izin Usaha Pelayanan Kesehatan
22	631 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Bone Nomor 8 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Swasta
23	763 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten

		Merangin Nomor 9 Tahun 2005 tentang Izin Usaha Apotik, Toko Obat, Optikal, Klinik, Laboratorium, dan Tukang Gigi
24	764 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Humbang Hasundulan Nomor 14 Tahun 2005 tentang Usaha Kesehatan
25	157 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 8 Ayat (2) huruf a Angka 1 Peraturan Daerah Kabupaten Batanghari Nomor 4 Tahun 2003 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
26	163 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Lampung Utara Nomor 8 Tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Puskesmas
27	168 Tahun 2009	Pembatalan Lampiran Angka 1 huruf a Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Nomor 12 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas
28	169 Tahun 2009	Pembatalan Lampiran Angka 1 Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Nomor 13 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Kabupaten Belitung
29	190 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 7 huruf c angka 3 dan Pasal 8 Peraturan Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat Nomor 49 Tahun 2007 tentang Retribusi Pemberian Izin dan Bimbingan Pengendalian Dibidang Kesehatan
30	196 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 7 Tahun 1998 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
31	197 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kota Surakarta Nomor 4 Tahun 2007 tentang Retribusi Perizinan Sarana dan Tenaga Bidang Kesehatan
32	200 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 6 Tahun 1999 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Sebagaimana Telah Diubah Dengan Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 8 Tahun 2005
33	205 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 7 Tahun 2005 tentang Retribusi Izin Usaha Pelayanan Kesehatan Swasta
34	261 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Maluku Tengah Nomor 15 Tahun 2007

		tentang Retribusi Atas Pemberian Perizinan dan Bimbingan Pengendalian di Bidang Kesehatan
35	322 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 6 Tahun 2004 tentang Retribusi Izin Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan, Sertifikasi Penyuluhan, dan Laik Sehat
36	360 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Kolaka Nomor 4 Tahun 2004 tentang Retribusi Izin Usaha di Bidang Distribusi Obat dan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Swasta
37	374 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 12 ayat (8) Peraturan Daerah Kota Palangkaraya Nomor 1 Tahun 2008 tentang Retribusi Izin Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan
38	409 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Karo Nomor 12 Tahun 2006 tentang Retribusi Perizinan Usaha Sarana Pelayanan Kesehatan
39	415 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kota Padangsidempuan Nomor 16 Tahun 2008 tentang Retribusi Izin Pelayanan Kesehatan
40	427 Tahun 2009	Pembatalan Peraturan Daerah Kabupaten Seluma Nomor 23 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
41	493 Tahun 2009	Pembatalan Pasal 8 ayat (2) Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 6 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Pengujian Kesehatan

Sumber: Data dari daftar Keputusan Menteri Dalam Negeri RI Tahun 2002 – 2009 (Disaripatkan Tim)

Sebagai catatan sebagai analisis terkait dengan adanya Keputusan Menteri Dalam Negeri RI sejak tahun 2002 – 2009 membatalkan Peraturan Daerah ini, tidak memiliki kekuatan hukum. Hal ini karena ada landasan teori perundang-undangan yang tidak tepat, yaitu Keputusan (*Beshickking*) membatalkan Peraturan (*Regeling*). Hal ini tentu saja ada kekeliruan dalam menjalankan teori tersebut. Seharusnya Peraturan (*Regeling*) dibatalkan atau dicabut atau dihapus dengan Peraturan (*regeling*) pula. Demikian Pula Keputusan (*Beshickking*) juga dibatalkan atau

dicabut atau dihapuskan dengan keputusan (*beshickking*) pula.

Hal ini ditegaskan dengan adanya putusan MK tepatnya dalam Putusan Nomor 137/PUU-XIII/2015, MK dalam pertimbangan hukumnya menyatakan bahwa pemabtolan perda oleh Mendagri telah menegaskan peran dan fungsi Mahkamah Agung (MA) sebagai lembaga yang berwenang melakukan pengujian peraturan perundang-undangan dibawah UU. Dalam hal ini MK dalam sidang gugatan uji materi (*judicial review*) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah tepatnya uji pada Pasal 251 Ayat (2), ayat (3), ayat (4), dan ayat (8), sepanjang frase “.....pembatalan perda kabupaten/kota dan peraturan bupati/wali kota sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan keputusan gubernur sebagai wakil pemerintah pusat.

Oleh karena itu Peraturan Daerah dalam uji materiihnya hanya bisa dilakukan oleh MA baik perda provinsi maupun perda kabupaten/kota. Tentu saja untuk bisa diuji, maka dalam hal ini wajib ada yang mengajukan gugatan kepada MA untuk dilakukan uji materii. Tergantung dari keputusan MA yang menyatakan apakah diputus untuk dibatalkan, atau pada pasal-pasal tertentu saja yang dibatalkan.

Upaya lain yang dilakukan bahwa untuk membatalkan perda itu adalah lembaga penyelenggara pemerintahan daerah itu sendiri yaitu DPRD dan Kepala Daerah yaitu Gubernur dan Bupati/Walikota. Artinya hasil kesepakatan bersama itu menetapkan dengan perda juga. Oleh karena itu Perda bisa dibatalkan selain dengan keputusan MA, juga bisa oleh perda sendiri. Misalnya Perda yang secara substansi mengatur tentang.... dinyatakan tidak berlaku dan atau bisa dengan perubahan sesuai dengan peraturan yang lebih tinggi sepanjang perubahan itu tidak melampaui banyak pasal yang diubah. Apabila perubahannya lebih banyak daripada pasal yang ada,

tentu saja solusinya dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Adanya keputusan Mendagri tersebut mengenai perda yang dianggap bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi tetap dapat dipergunakan, sebagai berikut:

1. Sebagai bahan rujukan terkait dalam pembentukan peraturan daerah yang akan dibentuk agar bisa lebih berhati-hati dalam membentuk peraturan daerah tersebut.
2. Sebagai bahan pertimbangan untuk tidak membentuk peraturan daerah yang sama dengan daerah lain yang belum tentu sesuai dengan daerah yang membentuk peraturan daerah tersebut. Termasuk menjadi bahan kajian apabila tidak sesuai dengan peraturan yang lebih tinggi dan kewenangan yang dimiliki.

BAB III

**ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-
UNDANGAN TERKAIT PERLINDUNGAN DAN IZIN
TENAGA KESEHATAN**

3.1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. Setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara; setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat. Sudah saatnya kita melihat persoalan kesehatan sebagai suatu faktor utama dan investasi berharga yang pelaksanaannya didasarkan pada sebuah paradigma baru yang biasa dikenal dengan paradigma sehat, yakni paradigma kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

Pada sisi lain, perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang ditandai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang

Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah. Undang-Undang tersebut memuat ketentuan yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada daerah masing-masing yang setiap daerah diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek kesehatan.

Dalam Undang-Undang ini terdapat beberapa pengertian yang diatur pada Pasal 1 yang antara lain:

- a. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
- b. Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
- c. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- d. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Pasal 2 mengatur mengenai pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama.

Pasal 3 mengatur mengenai 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. Pasal 14 mengatur mengenai tanggung jawab pemerintah yaitu:

1. Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.
2. Tanggung jawab Pemerintah dikhususkan pada pelayanan publik.

Pasal 15 menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pasal 16 menyebutkan Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pasal 17 menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pasal 18 menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat

dalam segala bentuk upaya kesehatan. Pasal 19 menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau. Pasal 20 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.
2. Pelaksanaan sistem jaminan sosial dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 21 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
2. Ketentuan mengenai perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan, diatur dalam Peraturan Pemerintah.
3. Ketentuan mengenai tenaga kesehatan diatur dengan Undang-Undang.

Pasal 23 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
2. Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.
3. Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah.
4. Selama memberikan pelayanan kesehatan dilarang mengutamakan kepentingan yang bernilai materi.
5. Ketentuan mengenai perizinan diatur dalam Peraturan Menteri.

Pasal 24 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional.
2. Ketentuan mengenai kode etik dan standar profesi) diatur oleh organisasi profesi.
3. Ketentuan mengenai hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 25 menyebutkan bahwa:

1. Pengadaan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat melalui pendidikan dan/atau pelatihan.
2. Penyelenggaraan pendidikan dan/atau pelatihan menjadi tanggung jawab Pemerintah dan pemerintah daerah.
3. Ketentuan mengenai penyelenggaraan pendidikan dan/atau pelatihan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 26 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan.
2. Pemerintah daerah dapat mengadakan dan mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerahnya.
3. Pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan dilakukan dengan memperhatikan:
 - a. jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat;
 - b. jumlah sarana pelayanan kesehatan; dan
 - c. jumlah tenaga kesehatan sesuai dengan beban kerja pelayanan kesehatan yang ada.
4. Penempatan tenaga kesehatan dilakukan dengan tetap memperhatikan hak tenaga kesehatan dan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata.

5. Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan tenaga kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 46 menyebutkan bahwa 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 menyebutkan bahwa Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.

Pasal 49 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab atas penyelenggaraan upaya kesehatan.
2. Penyelenggaraan upaya kesehatan harus memperhatikan fungsi sosial, nilai, dan norma agama, sosial budaya, moral, dan etika profesi.

Pasal 50 menyebutkan bahwa

1. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan.
2. Upaya kesehatan sekurang-kurangnya memenuhi kebutuhan kesehatan dasar masyarakat.
3. Peningkatan dan pengembangan upaya kesehatan dilakukan berdasarkan pengkajian dan penelitian.
4. Ketentuan mengenai peningkatan dan pengembangan dilaksanakan melalui kerja sama antar-Pemerintah dan antarlintas sektor. Pelayanan Kesehatan Pada Bencana

Pasal 82 menyebutkan bahwa;

1. Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas, dan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan pada bencana.

2. Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan pada tanggap darurat dan pascabencana.
3. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
4. Pemerintah menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan.
5. Pembiayaan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN), anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD), atau bantuan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 83 menyebutkan bahwa:

1. Setiap orang yang memberikan pelayanan kesehatan pada bencana harus ditujukan untuk penyelamatan nyawa, pencegahan kecacatan lebih lanjut, dan kepentingan terbaik bagi pasien.
2. Pemerintah menjamin perlindungan hukum bagi setiap orang, sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Kesehatan Gigi dan Mulut.

Pasal 93 menyebutkan bahwa:

1. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk peningkatan kesehatan gigi, pencegahan penyakit gigi, pengobatan penyakit gigi, dan pemulihan kesehatan gigi oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan.
2. Kesehatan gigi dan mulut dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan gigi perseorangan, pelayanan kesehatan gigi masyarakat, usaha kesehatan gigi sekolah.

Pasal 94 menyebutkan bahwa Pemerintah dan pemerintah daerah wajib menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat kesehatan gigi dan mulut dalam rangka

memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat.

Pasal 126 ayat (3) menyebutkan bahwa Pemerintah menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas, alat dan obat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu secara aman, bermutu, dan terjangkau.

Pasal 147 menyebutkan bahwa:

1. Upaya penyembuhan penderita gangguan kesehatan jiwa merupakan tanggung jawab Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat.
2. Upaya penyembuhan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang dan di tempat yang tepat dengan tetap menghormati hak asasi penderita.
3. Untuk merawat penderita gangguan kesehatan jiwa, digunakan fasilitas pelayanan kesehatan khusus yang memenuhi syarat dan yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3.2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah

3.4. Analisis Kepegawaian (Tenaga Kesehatan)

Tenaga kesehatan menjadi isu strategis dalam memberikan pelayanan publik kepada masyarakat. Ada beberapa isu strategis Tenaga kerja yang akan ditempatkan dalam kawasan atau daerah terpencil dan sangat terpencil, yaitu:³³

1. Pengembangan tenaga kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan untuk pelayanan/pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan terus membaik dalam jumlah, kualitas dan penyebarannya, namun masih belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan

³³ Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 – 2025, Jakarta 2011, hlm 17

- kepulauan. Mutu tenaga kesehatan belum memiliki daya saing dalam memenuhi permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri.
2. Regulasi untuk mendukung upaya pengembangan tenaga kesehatan masih terbatas.
 3. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masih perlu ditingkatkan dan belum didukung dengan sistem informasi tenaga kesehatan yang memadai. Rencana kebutuhan tenaga kesehatan yang menyeluruh belum disusun sesuai yang diharapkan, sehingga belum sepenuhnya dapat dipergunakan sebagai acuan dalam pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.
 4. Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan/pendidikan berbagai jenis tenaga kesehatan. Kajian jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan tersebut belum dilakukan sebagaimana mestinya. Kualitas hasil pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan pada umumnya masih kurang memadai. Masih banyak institusi pendidikan tenaga kesehatan yang belum terakreditasi dan memenuhi standard. Hal ini akan berdampak terhadap kompetensi dan kualitas lulusan tenaga kesehatan. Permasalahan pendidikan tenaga kesehatan pada umumnya bersifat sistemik, antara lain terdapat ketidaksesuaian kompetensi lulusan pendidikan dengan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat, lemahnya kerjasama antara pelaku dalam pembangunan kesehatan dan pendidikan tenaga kesehatan, lebih dominannya pendidikan tenaga kesehatan yang berorientasi ke Rumah Sakit dibandingkan dengan *Primary Health Care*.
 5. Dalam pendayagunaan tenaga kesehatan, pemerataan dan pemanfaatan tenaga kesehatan yang berkualitas masih kurang, utamanya di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, kepulauan dan daerah yang kurang diminati. Hal ini disebabkan oleh disparitas sosial ekonomi, budaya maupun kebijakan pemerintah

daerah termasuk kondisi geografis antar daerah mengurangi minat tenaga kesehatan untuk ditempatkan di daerah tersebut. Selain itu pengembangan dan pelaksanaan pola pengembangan karir, sistem penghargaan dan sanksi belum dilaksanakan sesuai yang diharapkan. Pengembangan profesi yang berkelanjutan (*Continue Professional Development= CPD*), serta *Training Need Assesment (TNA)* masih perlu dikembangkan.

6. Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan masih belum dapat dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan. Registrasi dan sertifikasi tenaga kesehatan masih terbatas pada tenaga dokter dan dokter gigi. Sosialisasi dan penerapan peraturan perundang-perundangan di bidang pengembangan tenaga kesehatan belum dilaksanakan secara memadai.
7. Sumber daya pendukung pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan masih terbatas. Sistem informasi tenaga kesehatan belum sepenuhnya dapat menyediakan data yang akurat, terpercaya dan tepat waktu. Dukungan sumber daya pembiayaan dan lain-lain sumber daya belum memadai.

Terkait dengan petugas atau pelaksana pelayanan publik, dalam hal ini adalah tenaga kesehatan, maka daerah Kabupaten Mahakam Ulu memiliki kewenangan dalam hal yang terkait dengan pemenuhan tenaga kesehatan. Sebagaimana diatur dalam Pasal 21 ayat (3) UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, agar tenaga kesehatan diatur dengan Undang-Undang, maka pada tahun 2014, telah disahkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam hal pengaturan tenaga kesehatan ini sesuai UU No 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN), maka statusnya ada 2 (dua), yaitu (1) Tenaga Kesehatan berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan (2) Tenaga Kesehatan berstatus Non PNS.

Selanjutnya pengaturan mengenai kewenangan terhadap tenaga kesehatan ini, sebagai berikut:

Tabel 4.3.:Pembagian kewenangan terkait Tenaga Kesehatan menurut UU No 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Tanggungjawab	Pasal, Ayat	Muatan (Isi)
Pemerintah Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota	4	Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap: a. pengaturan, pembinaan, pengawasan, dan peningkatan mutu Tenaga Kesehatan; b. perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan; dan c. perlindungan kepada Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik.
Pemerintah Pusat	5	Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, Pemerintah berwenang untuk: a. menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan skala nasional selaras dengan kebijakan pembangunan nasional; b. merencanakan kebutuhan Tenaga Kesehatan; c. melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan; d. mendayagunakan Tenaga Kesehatan; e. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pelaksanaan kegiatan sertifikasi Kompetensi dan pelaksanaan Registrasi Tenaga Kesehatan; f. melaksanakan kerja sama, baik dalam negeri maupun luar negeri di bidang Tenaga Kesehatan; dan g. menetapkan kebijakan yang berkaitan dengan Tenaga Kesehatan yang akan melakukan pekerjaan atau praktik di luar negeri dan Tenaga Kesehatan warga negara asing yang akan melakukan pekerjaan atau praktik di Indonesia.
Pemerintah Provinsi	6	Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah daerah provinsi berwenang untuk: a. menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan selaras dengan kebijakan pembangunan nasional; b. melaksanakan kebijakan Tenaga Kesehatan; c. merencanakan kebutuhan Tenaga Kesehatan; d. melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan; e. melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan dan

		<p>pengembangan;</p> <p>f. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pembinaan dan pengawasan pelaksanaan praktik Tenaga Kesehatan; dan</p> <p>g. melaksanakan kerja sama dalam negeri di bidang Tenaga Kesehatan.</p>
Pemerintah Kabupaten/Kota	7	<p>Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah daerah kabupaten/kota berwenang untuk:</p> <p>a. menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan selaras dengan kebijakan nasional dan provinsi;</p> <p>b. melaksanakan kebijakan Tenaga Kesehatan;</p> <p>c. merencanakan kebutuhan Tenaga Kesehatan;</p> <p>d. melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan;</p> <p>e. melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan;</p> <p>f. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pelaksanaan kegiatan perizinan Tenaga Kesehatan; dan</p> <p>g. melaksanakan kerja sama dalam negeri di bidang Tenaga Kesehatan.</p>

Sumber: Diaolah Tim dari UU No 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, 2018

Kabupaten Mahakam Ulu sebagai Kabupaten yang dibentuk tahun 2012, termasuk dalam daerah yang memenuhi syarat disebut sebagai daerah 3-T. Untuk itu dalam hal pemenuhan pelayanan kesehatan baik berupa fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sehingga adanya pengecualian untuk daerah terpencil dan sangat terpencil, sebagaimana disebutkan dalam Pasal 9 ayat (1) dan ayat (2), yaitu:

- (1) Pertimbangan penentuan jumlah dan jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (3) tidak berlaku bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan di daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan, dan kepulauan.
- (2) Ketentuan mengenai Fasilitas Pelayanan Kesehatan di daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan, dan kepulauan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan Pasal 8 ayat (3) tidak berlaku itu berbunyi:

Penentuan jumlah dan jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah Daerah dengan mempertimbangkan unsur-unsur sebagai berikut:

- a. luas wilayah;
- b. kebutuhan kesehatan;
- c. jumlah dan persebaran penduduk;
- d. pola penyakit;
- e. pemanfaatannya;
- f. fungsi sosial; dan
- g. kemampuan dalam memanfaatkan teknologi.

Pemenuhan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil di Kabupaten Mahakam Ulu ini, oleh Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu tetap menerbitkan izin, tetapi huruf a sampai dengan huruf g tidak perlu menjadi bahan pertimbangan, yang terpenting kualifikasi syarat fasilitas pelayanan kesehatan mulai dari fasilitas alat, obat dan tenaga kesehatan terpenuhi, maka langsung diberikan izin. Tentunya dengan pemenuhan bagi tenaga kesehatan ini diberikan berupa hak-haknya, sebagaimana diatur dalam Permenkes No 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil, disebutkan hak Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah atau kawasan terpencil dan sangat terpencil sebagaimana disebutkan dalam Pasal 32 ayat (1), ayat (2), ayat (3), dan ayat (4), berbunyi:

- (1) Tenaga Kesehatan yang bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil berhak memperoleh insentif dan fasilitas dari Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah.
- (2) Insentif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa uang tunai dan /atau tunjangan lain yang lebih berhasil guna yang besarnya sesuai dengan peraturan perundang undangan.
- (3) Fasilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat berupa:
 - a. beasiswa untuk pendidikan lanjutan atau pengembangan jenjang karir;
 - b. jaminan keamanan;
 - c. fasilitas tempat tinggal atau rumah dinas yang disediakan oleh Pemerintah Daerah;
 - d. perlindungan hukum pada Tenaga Kesehatan yang melaksanakan pelayanan yang sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional;

- e. perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama; dan/atau
 - f. fasilitas lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pelaksanaan pemberian insentif dan fasilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sesuai ketentuan perundang undangan.

Untuk pemenuhan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil ini, Menteri Kesehatan RI dengan telah diaturnya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil, bahwa dalam pemenuhan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di kawasan terpencil dan sangat terpencil, sebagaimana disebutkan dalam Pasal 3 ayat (1), ayat (2), ayat (3), dan ayat (4), berbunyi:

- (1) Pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil dilakukan melalui berbagai pendekatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan karakteristik masing-masing daerah dan kebutuhan masyarakat setempat.
- (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- (3) Pendekatan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. pendekatan program pelayanan kesehatan;
 - b. pengembangan pola pelayanan kesehatan;
 - c. ketersediaan Tenaga Kesehatan; dan
 - d. ketersediaan perbekalan kesehatan.
- (4) Pendekatan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didukung oleh sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan yang sesuai.

Pendekatan pemenuhan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil ini ditentukan pembagian kewenangan sebagai bentuk tanggungjawab Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan

Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil tersebut, sebagai berikut:

Tabel 4.4.: Pembagian kewenangan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil berdasarkan Permenkes No 90 tahun 2015

Tanggungjawab	Pasal, Ayat	Muatan (Isi)
Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kab/Kota	4	Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota memiliki tugas dan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil.
Pemerintah Pusat (Menkes RI)	5	<p>Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud Dalam Pasal 4, Menteri melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> penetapan kebijakan dan program pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil; advokasi dan kerjasama dengan lintas sektor, Pemerintah Daerah, swasta, dan/atau pemangku kepentingan lainnya; advokasi dalam mendorong kecukupan alokasi anggaran kesehatan di tingkat provinsi/kabupaten/kota; dan fasilitasi kegiatan pendidikan dan pelatihan Tenaga Kesehatan.
Pemerintah Provinsi	6	<p>Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud Dalam Pasal 4, Gubernur melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> penetapan dan melaksanakan kebijakan untuk peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di daerahnya; perencanaan dan penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan; perencanaan, pendayagunaan, pemerataan dan pengembangan Tenaga Kesehatan dan pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan skala provinsi; pengembangan pendekatan pelayanan kesehatan; penyediaan pendanaan pelayanan kesehatan; pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh masyarakat, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha; penjaminan terhadap keamanan dan

		<p>keselamatan Tenaga Kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil;</p> <p>h. fasilitasi Tenaga Kesehatan untuk mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan;</p> <p>i. advokasi dan kerjasama dengan lintas sektor, swasta, dan pemangku kepentingan lainnya; dan</p> <p>j. monitoring dan evaluasi.</p>
<p>Pemerintah Kab/Kota</p>	<p>7</p>	<p>Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud Dalam Pasal 4, Bupati/Walikota melakukan:</p> <p>a. penetapan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil;</p> <p>b. penetapan dan melaksanakan kebijakan untuk peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di daerahnya;</p> <p>c. perencanaan dan penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;</p> <p>d. perencanaan, pendayagunaan, pemerataan dan pengembangan Tenaga Kesehatan dan pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan skala Kabupaten/Kota;</p> <p>e. pengembangan pendekatan pelayanan kesehatan;</p> <p>f. penyediaan pendanaan pelayanan kesehatan;</p> <p>g. pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh masyarakat, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha;</p> <p>h. penjaminan terhadap keamanan dan keselamatan Tenaga Kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil;</p> <p>i. fasilitasi Tenaga Kesehatan untuk mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan;</p> <p>j. advokasi dan kerjasama dengan lintas sektor, swasta, dan pemangku kepentingan lainnya; dan</p> <p>k. monitoring dan evaluasi.</p>

Sumber: Diolah Tim dari Permenkes No 90 Tahun 2015 tentang Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil

Kemudian untuk menjabarkan atau menyatakan (justifikasi) Kabupaten Mahakam Ulu sebagai daerah 3-T dan atau dalam

Permenkes No 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil, maka perlu dijabarkan secara konkret dalam rangka memperkuat posisi Kabupaten Mahakam Ulu itu sebagai daerah 3-T dan atau terpencil atau sangat terpencil, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1), dan ayat (2), sebagai berikut:

- (1) Pendekatan program pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan terpencil dan sangat terpencil dilaksanakan secara terpadu yang meliputi beberapa program pelayanan kesehatan.
- (2) Program pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas program:
 - a. layanan penjangkauan berkelanjutan (*Sustainable Outreach Service/SOS*) untuk meningkatkan jangkauan dan cakupan imunisasi;
 - b. Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K);
 - c. kemitraan bidan dan dukun;
 - d. Perawatan Metode Kanguru (PMK) sebagai alternatif pengganti *incubator* dalam perawatan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR);
 - e. Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat (MTBS-M) yang merupakan model pendekatan untuk memberdayakan masyarakat dalam tatalaksana anak balita sakit;
 - f. pemberdayaan masyarakat dengan memanfaatkan kearifan lokal termasuk penggunaan tanaman obat, posbindu dan posyandu; dan
 - g. program khusus lain yang menjadi kebijakan daerah dan nasional.

Tentunya dengan ketentuan ini membuka ruang kewenangan bagi Kabupaten Mahakam Ulu dalam melakukan percepatan pembangunan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil. Besarnya perhatian Pemerintah harus dipergunakan sebaikbaiknya oleh Kabupaten Mahakam Ulu agar pelaksanaan pembangunan urusan bidan kesehatan ini terutama di pedesaan atau kampung dan daerah perbatasan dengan Malaysia, dengan provinsi Kalimantan Tengah (Kabupaten Murung Raya) dan Provinsi Kalimantan Utara (Kabupaten Malinau), dan Kabupaten Kutai Barat.

Dengan berdasarkan hal itu, maka Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu dapat merekrut tenaga kesehatan untuk ditempatkan di

wilayah Kabupaten Mahakam Ulu dengan status yang menurutnya bisa dipilih melalui PNS dan Non PNS.

Selanjutnya secara khusus mengenai pembagian kewenangan antara Pemerintah, Provinsi, dan Kabupaten/Kota. Sistem penyelenggaraan pemerintahan di Indonesia berdasarkan pendekatan kesisteman meliputi sistem pemerintahan pusat atau disebut pemerintah dan sistem pemerintahan daerah. Praktik penyelenggaraan pemerintahan dalam hubungan antarpemerintah, dikenal dengan konsep sentralisasi dan desentralisasi. Konsep sentralisasi menunjukkan karakteristik bahwa semua kewenangan penyelenggaraan pemerintahan berada di pemerintah pusat, sedangkan sistem desentralisasi menunjukkan karakteristik yakni sebagian kewenangan urusan pemerintahan yang menjadi kewajiban pemerintah, diberikan kepada pemerintah daerah.

Penyelenggaraan desentralisasi mensyaratkan pembagian urusan kewenangan pemerintahan antara Pemerintah dengan pemerintahan daerah. Urusan pemerintahan terdiri dari urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah dan urusan pemerintahan yang dikelola secara bersama antar tingkatan dan susunan pemerintahan atau konkuren. Urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan pemerintah adalah urusan dalam bidang politik luar negeri, pertahanan, keamanan, moneter dan fiskal nasional, yustisi, dan agama. Urusan pemerintahan yang dapat dikelola secara bersama antar tingkatan dan susunan pemerintahan atau konkuren adalah urusan-urusan pemerintahan selain urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi urusan Pemerintah.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah secara eksplisit diatur beberapa urusan pemerintahan dalam sistem penyelenggaraan pemerintah daerah, hal ini dapat dilihat dalam urusan pemerintahan bagian kesatu klasifikasi urusan pemerintahan pada pasal 9 yang berbunyi :

- (1) Urusan Pemerintahan terdiri atas urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren, dan urusan pemerintahan umum.

- (2) Urusan pemerintahan absolut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat.
- (3) Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah provinsi dan Daerah kabupaten/kota.
- (4) Urusan pemerintahan konkuren yang diserahkan ke Daerah menjadi dasar pelaksanaan Otonomi Daerah.
- (5) Urusan pemerintahan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden sebagai kepala pemerintahan.

Selanjutnya dalam bagian kedua dalam UU Nomor 23 tahun 2014 menyebutkan beberapa Urusan Pemerintahan Absolut Pasal 10

- (1) Urusan pemerintahan absolut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2) meliputi:
 - a. politik luar negeri;
 - b. pertahanan;
 - c. keamanan;
 - d. yustisi;
 - e. moneter dan fiskal nasional; dan
 - f. agama.
- (2) Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan absolut sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Pusat:
 - a. melaksanakan sendiri; atau
 - b. melimpahkan wewenang kepada Instansi Vertikal yang ada di Daerah atau gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat berdasarkan asas Dekonsentrasi.

Kemudian bagian ketiga dalam Urusan Pemerintahan Konkuren disebutkan dalam pasal 11, bahwa :

- (1) Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana di maksud dalam Pasal 9 ayat (3) yang menjadi kewenangan Daerah terdiri atas Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan.
- (2) Urusan Pemerintahan Wajib sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Urusan Pemerintahan yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar dan Urusan Pemerintahan yang tidak berkaitan dengan Pelayanan Dasar.
- (3) Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah Urusan Pemerintahan Wajib yang sebagian substansinya merupakan Pelayanan Dasar.

Selanjutnya dalam Undang-Undang No 23 Tahun 2014 tentang pemerintah daerah dalam Pasal 12

- (1) Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan

Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) meliputi:

- a. pendidikan;
- b. kesehatan;
- c. pekerjaan umum dan penataan ruang;
- d. perumahan rakyat dan kawasan permukiman;
- e. ketenteraman, ketertiban umum, dan perlindungan masyarakat; dan
- f. sosial.

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

- a. tenaga kerja;
- b. pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak;
- c. pangan;
- d. pertanahan;
- e. lingkungan hidup;
- f. administrasi kependudukan dan pencatatan sipil;
- g. pemberdayaan masyarakat dan Desa;
- h. pengendalian penduduk dan keluarga berencana;
- i. perhubungan;
- j. komunikasi dan informatika;
- k. koperasi, usaha kecil, dan menengah;
- l. penanaman modal;
- l. kepemudaan dan olah raga;
- m. statistik;
- n. persandian;
- o. kebudayaan;
- p. perpustakaan; dan
- q. kearsipan.

(3) Urusan Pemerintahan Pilihan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (1) meliputi:

- a. kelautan dan perikanan;
- b. pariwisata;
- c. pertanian;
- d. kehutanan;
- e. energi dan sumber daya mineral;
- f. perdagangan;
- g. perindustrian; dan
- h. transmigrasi.

Dengan demikian dalam setiap bidang urusan pemerintahan yang bersifat konkuren senantiasa terdapat bagian urusan yang menjadi kewenangan Pemerintah, pemerintahan daerah provinsi, dan pemerintahan daerah kabupaten/kota. Khusus untuk bidang urusan kesehatan, adalah urusan konkuren wajib pelayanan dasar. Artinya urusan bidang kesehatan itu semua daerah provinsi dan kabupaten,

wajib untuk membentuk dan mengadakannya. Oleh karena itu pembagian kewenangan ini dirincikan dalam Lampiran Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagai berikut:

Tabel 4.2.: Pembagian Kewenangan Menurut UU No 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah

No	Urusan	Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kab/Kota
1.	Upaya Kesehatan	<p>a. Pengelolaan upaya kesehatan perorangan (UKP) rujukan nasional/lintas Daerah provinsi.</p> <p>b. Pengelolaan upaya kesehatan masyarakat (UKM) nasional dan rujukan nasional/lintas Daerah provinsi.</p> <p>c. Penyelenggaraan registrasi, akreditasi, dan standardisasi fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta.</p> <p>d. Penerbitan izin rumah sakit kelas A dan fasilitas pelayanan kesehatan penanaman modal asing (PMA) serta fasilitas pelayanan kesehatan tingkat nasional.</p>	<p>a. Pengelolaan UKP rujukan tingkat Daerah provinsi/lintas Daerah kabupaten/kota.</p> <p>b. Pengelolaan UKM Daerah provinsi dan rujukan tingkat Daerah provinsi/lintas Daerah kabupaten/kota.</p> <p>c. Penerbitan izin rumah sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah provinsi.</p>	<p>a. Pengelolaan UKP Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota.</p> <p>b. Pengelolaan UKM Daerah kabupaten/kota dan rujukan tingkat Daerah kabupaten/kota.</p> <p>c. Penerbitan izin rumah sakit kelas C dan D dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah kabupaten/kota.</p>
2.	Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan	<p>a. Penetapan standardisasi dan registrasi tenaga kesehatan Indonesia, tenaga kesehatan warga negara asing (TK-WNA), serta penerbitan rekomendasi pengesahan rencana penggunaan tenaga kerja asing (RPTKA) dan izin mempekerjakan tenaga asing (IMTA).</p> <p>b. Penetapan penempatan dokter spesialis dan dokter gigi</p>	Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah provinsi.	<p>a. Penerbitan izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan.</p> <p>b. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah kabupaten/kota.</p>

		<p>spesialis bagi Daerah yang tidak mampu dan tidak diminati.</p> <p>c. Penetapan standar kompetensi teknis dan sertifikasi pelaksana Urusan Pemerintahan bidang kesehatan.</p> <p>d. Penetapan standar pengembangan kapasitas SDM kesehatan.</p> <p>e. Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Nasional.</p>		
3.	Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman	<p>c. Penyediaan obat, vaksin, alat kesehatan, dan suplemen kesehatan program nasional.</p> <p>d. Pengawasan ketersediaan pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan.</p> <p>e. Pembinaan dan pengawasan industri, sarana produksi dan sarana distribusi sediaan farmasi, obat tradisional, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT), bahan obat, bahan baku alam yang terkait dengan kesehatan.</p> <p>f. Pengawasan <i>pre-market</i> obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan</p>	<p>a. Penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK).</p> <p>b. Penerbitan izin usaha kecil obat tradisional (UKOT).</p>	<p>a. Penerbitan izin apotek, toko obat, toko alat kesehatan dan optikal.</p> <p>b. Penerbitan izin usaha mikro obat tradisional (UMOT).</p> <p>c. Penerbitan sertifikat produksi alat kesehatan kelas 1 (satu) tertentu dan PKRT kelas 1 (satu) tertentu perusahaan rumah tangga.</p> <p>d. Penerbitan izin produksi makanan dan minuman pada industri rumah tangga.</p> <p>e. Pengawasan <i>post-market</i> produk makanan minuman industri rumah tangga.</p>

		<p>makanan minuman.</p> <p>g. Pengawasan <i>post-market</i> obat, obat tradisional, kosmetika, alat kesehatan, PKRT, dan makanan minuman.</p>		
4.	Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh nasional dan internasional, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat serta dunia usaha tingkat nasional dan internasional.	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh provinsi, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat provinsi.	Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh kabupaten/kota, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat kabupaten/kota.

Sumber: Lampiran B. Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan, Uu No.23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah, Halaman 4 -8

3.3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas, dan terjangkau oleh masyarakat.

Penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian, dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Untuk memenuhi hak dan kebutuhan kesehatan setiap individu dan masyarakat, untuk pemerataan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada tenaga kesehatan dan masyarakat penerima upaya

pelayanan kesehatan, perlu pengaturan mengenai tenaga kesehatan terkait dengan perencanaan kebutuhan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.

Perencanaan kebutuhan Tenaga Kesehatan secara nasional disesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan masalah kesehatan, kebutuhan pengembangan program pembangunan kesehatan, serta ketersediaan Tenaga Kesehatan tersebut. Pengadaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan perencanaan kebutuhan diselenggarakan melalui pendidikan dan pelatihan, baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, maupun masyarakat, termasuk swasta. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan meliputi penyebaran Tenaga Kesehatan yang merata dan berkeadilan, pemanfaatan Tenaga Kesehatan, dan pengembangan Tenaga Kesehatan, termasuk peningkatan karier.

Pembinaan dan pengawasan mutu Tenaga Kesehatan terutama ditujukan untuk meningkatkan kualitas Tenaga Kesehatan sesuai dengan Kompetensi yang diharapkan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Pembinaan dan pengawasan mutu Tenaga Kesehatan dilakukan melalui peningkatan komitmen dan koordinasi semua pemangku kepentingan dalam pengembangan Tenaga Kesehatan serta legislasi yang antara lain meliputi sertifikasi melalui Uji Kompetensi, Registrasi, perizinan, dan hak-hak Tenaga Kesehatan.

Penguatan sumber daya dalam mendukung pengembangan dan pemberdayaan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui peningkatan kapasitas Tenaga Kesehatan, penguatan sistem informasi Tenaga Kesehatan, serta peningkatan pembiayaan dan fasilitas pendukung lainnya. Dalam rangka memberikan perlindungan hukum dan kepastian hukum kepada Tenaga Kesehatan, baik yang melakukan pelayanan langsung kepada

masyarakat maupun yang tidak langsung, dan kepada masyarakat penerima pelayanan itu sendiri, diperlukan adanya landasan hukum yang kuat yang sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan serta sosial ekonomi dan budaya.

Dalam Undang-Undang terdapat beberapa definisi yang terdapat pada Pasal 1 yaitu:

- a. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- b. Asisten Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga.
- c. Kompetensi adalah kemampuan yang dimiliki seseorang Tenaga Kesehatan berdasarkan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional untuk dapat menjalankan praktik.
- d. Uji Kompetensi adalah proses pengukuran pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan tinggi bidang Kesehatan.
- e. Sertifikat Kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap Kompetensi Tenaga Kesehatan untuk dapat menjalankan praktik di seluruh Indonesia setelah lulus uji Kompetensi.
- f. Sertifikat Profesi adalah surat tanda pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan pendidikan profesi.
- g. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Tenaga

Kesehatan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lain serta mempunyai pengakuan secara hukum untuk menjalankan praktik.

- h. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
- i. Standar Profesi adalah batasan kemampuan minimal berupa pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional yang harus dikuasai dan dimiliki oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi bidang kesehatan.
- j. Standar Pelayanan Profesi adalah pedoman yang diikuti oleh Tenaga Kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan.
- k. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia adalah lembaga yang melaksanakan tugas secara independen yang terdiri atas konsil masing-masing tenaga kesehatan.

Pasal 2 mengatur mengenai azas yang antara lain:

- a. Perikemanusiaan;
- b. manfaat;
- c. pemerataan;
- d. etika dan profesionalitas;
- e. penghormatan terhadap hak dan kewajiban;
- f. keadilan;
- g. pengabdian;
- h. norma agama; dan
- i. perlindungan.

Pasal 3 mengatur mengenai tujuan dari pengaturan tentang tenaga kesehatan ini adalah:

- a. memenuhi kebutuhan masyarakat akan Tenaga Kesehatan;

- b. mendayagunakan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat;
- c. memberikan perlindungan kepada masyarakat dalam menerima penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
- d. mempertahankan dan meningkatkan mutu penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan; dan
- e. memberikan kepastian hukum kepada masyarakat dan Tenaga Kesehatan.

Baik pemerintah dan pemerintah daerah memiliki tanggung jawab terhadap tenaga kesehatan ini yang diatur pada Pasal 4 yang berbunyi bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap:

- a. pengaturan, pembinaan, pengawasan, dan peningkatan mutu Tenaga Kesehatan;
- b. perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan; dan
- c. perlindungan kepada Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik.

Pasal 6 menyebutkan dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah daerah provinsi berwenang untuk:

- a. menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan selaras dengan kebijakan pembangunan nasional;
- b. melaksanakan kebijakan Tenaga Kesehatan;
- c. merencanakan kebutuhan Tenaga Kesehatan;
- d. melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan;
- e. melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan dan pengembangan;
- f. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pembinaan dan pengawasan pelaksanaan praktik Tenaga Kesehatan; dan
- g. melaksanakan kerja sama dalam negeri di bidang Tenaga Kesehatan.

Pasal 7 menyebutkan bahwa dalam melaksanakan tanggung jawabnya, pemerintah daerah kabupaten/kota berwenang untuk:

- a. menetapkan kebijakan Tenaga Kesehatan selaras dengan kebijakan nasional dan provinsi;
- b. melaksanakan kebijakan Tenaga Kesehatan;
- c. merencanakan kebutuhan Tenaga Kesehatan;
- d. melakukan pengadaan Tenaga Kesehatan;
- e. melakukan pendayagunaan melalui pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan;
- f. membina, mengawasi, dan meningkatkan mutu Tenaga Kesehatan melalui pelaksanaan kegiatan perizinan Tenaga Kesehatan; dan
- g. melaksanakan kerja sama dalam negeri di bidang Tenaga Kesehatan.

Pasal 8, menyebutkan bahwa Kualifikasi dan pengelompokan tenaga kesehatan di bidang kesehatan terdiri atas:

- a. Tenaga Kesehatan; dan
- b. Asisten Tenaga Kesehatan.

Pasal 9 ayat (1) menyebutkan bahwa Tenaga Kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum Diploma Tiga, kecuali tenaga medis.

Pasal 10 menyebutkan bahwa:

1. Asisten Tenaga Kesehatan sebagaimana harus memiliki kualifikasi minimum pendidikan menengah di bidang kesehatan.
2. Asisten Tenaga Kesehatan hanya dapat bekerja di bawah supervisi Tenaga Kesehatan.

Pasal 11 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:
 - a. tenaga medis;

- b. tenaga psikologi klinis;
 - c. tenaga keperawatan;
 - d. tenaga kebidanan;
 - e. tenaga kefarmasian;
 - f. tenaga kesehatan masyarakat;
 - g. tenaga kesehatan lingkungan;
 - h. tenaga gizi; i. tenaga keterampilan fisik;
 - i. tenaga keteknisian medis;
 - j. tenaga teknik biomedika;
 - k. tenaga kesehatan tradisional; dan
 - l. tenaga kesehatan lain.
2. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
 3. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga psikologi klinis adalah psikologi klinis.
 4. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan terdiri atas berbagai jenis perawat.
 5. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan adalah bidan.
 6. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.
 7. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan masyarakat terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
 8. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan lingkungan terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog

kesehatan.

9. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi terdiri atas nutrisisionis dan dietisien.
10. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keterampilan fisik terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
11. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisian medis terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis.
12. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.
13. Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan tradisional terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.

Pasal 13 menyebutkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan.

Pasal 14 menyebutkan bahwa:

1. Menteri menetapkan kebijakan dan menyusun perencanaan Tenaga Kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan secara nasional.
2. Perencanaan Tenaga Kesehatan disusun secara berjenjang berdasarkan ketersediaan Tenaga Kesehatan dan kebutuhan penyelenggaraan pembangunan dan Upaya Kesehatan.
3. Ketersediaan dan kebutuhan dilakukan melalui pemetaan Tenaga Kesehatan.

Pasal 15 menyebutkan bahwa Menteri dalam menyusun perencanaan Tenaga Kesehatan harus memperhatikan faktor:

- a. jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan distribusi Tenaga Kesehatan;
- b. penyelenggaraan Upaya Kesehatan;
- c. ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- d. kemampuan pembiayaan;
- e. kondisi geografis dan sosial budaya; dan
- f. kebutuhan masyarakat.

Pasal 17 menyebutkan bahwa:

1. Pengadaan Tenaga Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan pendayagunaan Tenaga Kesehatan.
2. Pengadaan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui pendidikan tinggi bidang kesehatan
3. Pendidikan tinggi bidang kesehatan diarahkan untuk menghasilkan Tenaga Kesehatan yang bermutu sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Pelayanan Profesi.
4. Pendidikan tinggi bidang kesehatan diselenggarakan dengan memperhatikan:
 - a. keseimbangan antara kebutuhan penyelenggaraan Upaya Kesehatan dan dinamika kesempatan kerja, baik di dalam negeri maupun di luar negeri;
 - b. keseimbangan antara kemampuan produksi Tenaga Kesehatan dan sumber daya yang tersedia; dan
 - c. perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
5. Penyelenggaraan pendidikan dilaksanakan oleh Pemerintah dan/atau masyarakat sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
6. Ketentuan lebih lanjut mengenai pengadaan Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 22 menyebutkan bahwa:

1. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan dilakukan oleh

Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

2. Pendayagunaan terdiri atas pendayagunaan Tenaga Kesehatan di dalam negeri dan luar negeri.
3. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan.

Pasal 23 menyebutkan bahwa:

1. Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib melakukan penempatan Tenaga Kesehatan setelah melalui proses seleksi.
2. Penempatan Tenaga Kesehatan oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah dilaksanakan dengan cara:
 - a. pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil;
 - b. pengangkatan sebagai pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja; atau
 - c. penugasan khusus.
3. Selain penempatan Tenaga Kesehatan dengan cara, Pemerintah dapat menempatkan Tenaga Kesehatan melalui pengangkatan sebagai anggota TNI/POLRI.
4. Pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja serta penempatan melalui pengangkatan sebagai anggota TNI/POLRI dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
5. Penempatan Tenaga Kesehatan melalui penugasan khusus dilakukan dengan penempatan dokter pascainternsip, residen senior, pascapendidikan spesialis dengan ikatan dinas, dan tenaga kesehatan lainnya.

6. Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan dengan penugasan khusus diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 24 menyebutkan bahwa:

1. Penempatan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan tetap memperhatikan pemanfaatan dan pengembangan Tenaga Kesehatan.
2. Penempatan Tenaga Kesehatan dilakukan melalui seleksi.

Pasal 25 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah dalam pemeratakan penyebaran Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dapat mewajibkan Tenaga Kesehatan lulusan dari perguruan tinggi yang diselenggarakan oleh Pemerintah untuk mengikuti seleksi penempatan.
2. Selain Tenaga Kesehatan, seleksi penempatan dapat diikuti oleh Tenaga Kesehatan lulusan perguruan tinggi yang diselenggarakan oleh masyarakat.

Pasal 26 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga Kesehatan yang telah ditempatkan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melaksanakan tugas sesuai dengan Kompetensi dan kewenangannya.
2. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/atau kepala daerah yang membawahi Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mempertimbangkan pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, papan, dan lokasi, serta keamanan dan keselamatan kerja Tenaga Kesehatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.

Pasal 27 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah dapat dipindahtugaskan antarprovinsi, antarkabupaten, atau antarkota karena alasan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau promosi.
2. Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal

perbatasan dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan memperoleh hak kenaikan pangkat istimewa dan perlindungan dalam pelaksanaan tugas.

3. Dalam hal terjadi kekosongan Tenaga Kesehatan, Pemerintah atau Pemerintah Daerah wajib menyediakan Tenaga Kesehatan pengganti untuk menjamin keberlanjutan pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan.
4. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemindahtugasan Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 28 menyebutkan bahwa:

1. Dalam keadaan tertentu Pemerintah dapat memberlakukan ketentuan wajib kerja kepada Tenaga Kesehatan yang memenuhi kualifikasi akademik dan Kompetensi untuk melaksanakan tugas sebagai Tenaga Kesehatan di daerah khusus di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
2. Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah memberikan tunjangan khusus kepada Tenaga Kesehatan.
3. Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah di daerah khusus berhak mendapatkan fasilitas tempat tinggal atau rumah dinas yang disediakan oleh Pemerintah Daerah.
4. Ketentuan lebih lanjut mengenai penugasan sebagai Tenaga Kesehatan dalam keadaan tertentu dan tunjangan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 29 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah dapat menetapkan pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Kesehatan untuk memenuhi kepentingan pembangunan kesehatan.
2. Ketentuan lebih lanjut mengenai pola ikatan dinas bagi

calon Tenaga Kesehatan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 34 menyebutkan bahwa:

1. Untuk meningkatkan mutu Praktik Tenaga Kesehatan serta untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada Tenaga Kesehatan dan masyarakat, dibentuk Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.
2. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia terdiri atas konsil masing-masing Tenaga Kesehatan.
3. Konsil masing-masing Tenaga Kesehatan termasuk Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi sebagaimana diatur dalam Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran.
4. Konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan tugasnya bersifat independen.
5. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia bertanggung jawab kepada Presiden melalui Menteri.

Pasal 37 menyebutkan bahwa:

1. Konsil masing-masing tenaga kesehatan mempunyai fungsi pengaturan, penetapan dan pembinaan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
2. Dalam menjalankan fungsi, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan memiliki tugas:
 - a. melakukan Registrasi Tenaga Kesehatan;
 - b. melakukan pembinaan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan;
 - c. menyusun Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan;
 - d. menyusun standar praktik dan standar kompetensi Tenaga Kesehatan; dan
 - e. menegakkan disiplin praktik Tenaga Kesehatan.

Pasal 38 menyebutkan bahwa dalam menjalankan tugasnya,

konsil masing-masing Tenaga Kesehatan mempunyai wewenang:

- a. menyetujui atau menolak permohonan Registrasi Tenaga Kesehatan;
- b. menerbitkan atau mencabut STR;
- c. menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi Tenaga Kesehatan;
- d. menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi Tenaga Kesehatan; dan
- e. memberikan pertimbangan pendirian atau penutupan institusi pendidikan Tenaga Kesehatan.

Pasal 44 menyebutkan bahwa:

1. Setiap Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki STR.
2. STR diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan setelah memenuhi persyaratan.
3. Persyaratan tersebut meliputi:
 - a. memiliki ijazah pendidikan di bidang kesehatan;
 - b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan
 - e. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
4. STR berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diregistrasi ulang setelah memenuhi persyaratan.
5. Persyaratan untuk Registrasi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi:
 - a. memiliki STR lama;
 - b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi;

- e. telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidangnya; dan
- f. memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.

Pasal 46 menyebutkan bahwa:

1. Setiap Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki izin.
2. Izin diberikan dalam bentuk SIP.
3. SIP diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat Tenaga Kesehatan menjalankan praktiknya.
4. Untuk mendapatkan SIP, Tenaga Kesehatan harus memiliki:
 - a. STR yang masih berlaku;
 - b. Rekomendasi dari Organisasi Profesi; dan
 - c. tempat praktik.
5. SIP masing-masing berlaku hanya untuk 1 (satu) tempat.
6. SIP masih berlaku sepanjang:
 - a. STR masih berlaku; dan
 - b. tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam SIP.

Pasal 49 menyebutkan bahwa:

1. Untuk menegakkan disiplin Tenaga Kesehatan dalam penyelenggaraan praktik, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin Tenaga Kesehatan.
2. Dalam melaksanakan tugas, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dapat memberikan sanksi disiplin berupa:
 - a. pemberian peringatan tertulis;
 - b. rekomendasi pencabutan STR atau SIP; dan/atau

- c. kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kesehatan.

Pasal 57 menyebutkan bahwa Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional;
- b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya;
- c. menerima imbalan jasa;
- d. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
- e. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;
- f. menolak keinginan Penerima Pelayanan Kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan Standar Profesi, kode etik, standar pelayanan, Standar Prosedur Operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- g. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 58 menyebutkan bahwa:

- 1. Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
 - b. memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
 - c. menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;

- d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
 - e. merujuk Penerima Pelayanan Kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai Kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
2. Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf d hanya berlaku bagi Tenaga Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perseorangan.

Pasal 59 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Penerima Pelayanan Kesehatan dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.
2. Tenaga Kesehatan dilarang menolak Penerima Pelayanan Kesehatan dan/atau dilarang meminta uang muka terlebih dahulu.

Pasal 60, Tenaga Kesehatan bertanggung jawab untuk:

- a. mengabdikan diri sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki;
- b. meningkatkan Kompetensi;
- c. bersikap dan berperilaku sesuai dengan etika profesi;
- d. mendahulukan kepentingan masyarakat daripada kepentingan pribadi atau kelompok; dan
- e. melakukan kendali mutu pelayanan dan kendali biaya dalam menyelenggarakan upaya kesehatan.

Pasal 62 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada Kompetensi yang dimilikinya.
2. Jenis Tenaga Kesehatan tertentu yang memiliki lebih dari

satu jenjang pendidikan memiliki kewenangan profesi sesuai dengan lingkup dan tingkat Kompetensi.

3. Ketentuan lebih lanjut mengenai kewenangan profesi diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 65 menyebutkan bahwa:

1. Dalam melakukan pelayanan kesehatan, Tenaga Kesehatan dapat menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis.
2. Dalam melakukan pekerjaan kefarmasian, tenaga teknis kefarmasian dapat menerima pelimpahan pekerjaan kefarmasian dari tenaga apoteker.
3. Pelimpahan tindakan dilakukan dengan ketentuan:
 - a. tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan;
 - b. pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan;
 - c. pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan; dan
 - d. tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk pengambilan keputusan sebagai dasar pelaksanaan tindakan.

Pasal 66 menyebutkan bahwa:

1. Setiap Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berkewajiban untuk mematuhi Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional.
2. Standar Profesi dan Standar Pelayanan Profesi untuk masing-masing jenis Tenaga Kesehatan ditetapkan oleh organisasi profesi bidang kesehatan dan disahkan oleh Menteri.

Pasal 68 menyebutkan bahwa:

1. Setiap tindakan pelayanan kesehatan perseorangan yang

dilakukan oleh Tenaga Kesehatan harus mendapat persetujuan.

2. Persetujuan diberikan setelah mendapat penjelasan secara cukup dan patut.
3. Penjelasan sekurang-kurangnya mencakup:
 - a. tata cara tindakan pelayanan;
 - b. tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan;
 - c. alternatif tindakan lain;
 - d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - e. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
4. Persetujuan dapat diberikan, baik secara tertulis maupun lisan.
5. Setiap tindakan Tenaga Kesehatan yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

Pasal 70 menyebutkan bahwa:

1. Setiap Tenaga Kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perseorangan wajib membuat rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan.
2. Rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan harus segera dilengkapi setelah Penerima Pelayanan Kesehatan selesai menerima pelayanan kesehatan.
3. Setiap rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan atau paraf Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan atau tindakan.
4. Rekam medis Penerima Pelayanan Kesehatan harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh Tenaga Kesehatan dan pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 73 menyebutkan bahwa:

1. Setiap Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan wajib menyimpan rahasiakesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan.

2. Rahasia kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan, pemenuhan permintaan aparat penegak hukum bagi kepentingan penegakan hukum, permintaan Penerima Pelayanan Kesehatan sendiri, atau pemenuhan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 74 menyebutkan bahwa Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilarang mengizinkan Tenaga Kesehatan yang tidak memiliki STR dan izin untuk menjalankan praktik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 75 menyebutkan bahwa Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak mendapatkan perlindungan hukum sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 76 menyebutkan bahwa Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam meningkatkan dan menjaga mutu pemberian pelayanan kesehatan dapat membentuk komite atau panitia atau tim untuk kelompok Tenaga Kesehatan di lingkungan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 77 menyebutkan bahwa setiap Penerima Pelayanan Kesehatan yang dirugikan akibat kesalahan atau kelalaian Tenaga Kesehatan dapat meminta ganti rugi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 78 menyebutkan bahwa dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada penerima pelayanan kesehatan, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 79 menyebutkan bahwa Penyelesaian perselisihan antara Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-

undangan.

Pasal 80 menyebutkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan kepada Tenaga Kesehatan dengan melibatkan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dan Organisasi Profesi sesuai dengan kewenangannya.

Pasal 81 ayat (1) menyebutkan bahwa pembinaan dan pengawasandiarahkan untuk:

- a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan;
- b. melindungi Penerima Pelayanan Kesehatan dan masyarakat atas tindakan yang dilakukan Tenaga Kesehatan; dan
- c. memberikan kepastian hukum bagi masyarakat dan Tenaga Kesehatan.

3.6. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat.

Penyelenggaraan praktik kedokteran yang merupakan inti dari berbagai kegiatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh dokter dan dokter gigi yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian dan kewenangan yang secara terus-menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, lisensi, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar

penyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Dokter dan dokter gigi sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat mempunyai peranan yang sangat penting karena terkait langsung dengan pemberian pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan yang diberikan. Landasan utama bagi dokter dan dokter gigi untuk dapat melakukan tindakan medis terhadap orang lain adalah ilmu pengetahuan, teknologi, dan kompetensi yang dimiliki, yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan. Pengetahuan yang dimilikinya harus terus menerus dipertahankan dan ditingkatkan sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi itu sendiri. Dokter dan dokter gigi dengan perangkat keilmuan yang dimilikinya mempunyai karakteristik yang khas. Kekhasannya ini terlihat dari pembenaran yang diberikan oleh hukum yaitu diperkenankannya melakukan tindakan medis terhadap tubuh manusia dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan. Tindakan medis terhadap tubuh manusia yang dilakukan bukan oleh dokter atau dokter gigi dapat digolongkan sebagai tindak pidana.

Berkurangnya kepercayaan masyarakat terhadap dokter dan dokter gigi, maraknya tuntutan hukum yang diajukan masyarakat dewasa ini seringkali diidentikkan dengan kegagalan upaya penyembuhan yang dilakukan dokter dan dokter gigi. Sebaliknya apabila tindakan medis yang dilakukan dapat berhasil, dianggap berlebihan, padahal dokter dan dokter gigi dengan perangkat ilmu pengetahuan dan teknologi yang dimilikinya hanya berupaya untuk menyembuhkan, dan kegagalan penerapan ilmu kedokteran dan kedokteran gigi tidak selalu identik dengan kegagalan dalam tindakan. Berbagai upaya hukum yang dilakukan dalam memberikan perlindungan

menyeluruh kepada masyarakat sebagai penerima pelayanan, dokter dan dokter gigi sebagai pemberi pelayanan telah banyak dilakukan, akan tetapi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat cepat tidak seimbang dengan perkembangan hukum. Perangkat hukum yang mengatur penyelenggaraan praktik kedokteran dan kedokteran gigi dirasakan belum memadai, selama ini masih didominasi oleh kebutuhan formal dan kepentingan pemerintah, sedangkan porsi profesi masih sangat kurang.

Untuk memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada penerima pelayanan kesehatan, dokter, dan dokter gigi, diperlukan pengaturan mengenai penyelenggaraan praktik kedokteran.

Dalam Undang-Undang ini memberikan beberapa definisi yang terdapat pada Pasal 1 yang antara lain:

- a. Praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.
- b. Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- c. Konsil Kedokteran Indonesia adalah suatu badan otonom, mandiri, nonstruktural, dan bersifat independen, yang terdiri atas Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi.
- d. Sertifikat kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap kemampuan seorang dokter atau dokter gigi untuk menjalankan praktik kedokteran di seluruh Indonesia setelah lulus uji kompetensi.

- e. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap dokter dan dokter gigi yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk melakukan tindakan profesinya.
- f. Registrasi ulang adalah pencatatan ulang terhadap dokter dan dokter gigi yang telah diregistrasi setelah memenuhi persyaratan yang berlaku.
- g. Surat izin praktik adalah bukti tertulis yang diberikan pemerintah kepada dokter dan dokter gigi yang akan menjalankan praktik kedokteran setelah memenuhi persyaratan.
- h. Surat tanda registrasi dokter dan dokter gigi adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil Kedokteran Indonesia kepada dokter dan dokter gigi yang telah diregistrasi.

Pasal 2 menyebutkan bahwa praktik kedokteran dilaksanakan berasaskan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien.

Pasal 3 menyebutkan bahwa Pengaturan praktik kedokteran bertujuan untuk :

- a. memberikan perlindungan kepada pasien;
- b. mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi; dan
- c. memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi.

Pasal 4 ayat (1) menyebutkan bahwa Untuk melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dari dokter dan dokter gigi dibentuk Konsil Kedokteran Indonesia yang terdiri atas Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi.

Pasal 6 menyebutkan bahwa Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai fungsi pengaturan, pengesahan, penetapan, serta

pembinaan dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 7 menyebutkan bahwa:

1. Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai tugas:
 - a. melakukan registrasi dokter dan dokter gigi;
 - b. mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi; dan
 - c. melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan praktik kedokteran yang dilaksanakan bersama lembaga terkait sesuai dengan fungsi masing-masing.
2. Standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi yang disahkan Konsil ditetapkan bersama oleh Konsil Kedokteran Indonesia dengan kolegium kedokteran, kolegium kedokteran gigi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran, asosiasi institusi pendidikan kedokteran gigi, dan asosiasi rumah sakit pendidikan.

Pasal 29 menyebutkan bahwa:

1. Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi.
2. Surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.
3. Untuk memperoleh surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi harus memenuhi persyaratan:
 - a. memiliki ijazah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis;
 - b. mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji dokter atau dokter gigi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. memiliki sertifikat kompetensi; dan
 - e. membuat pernyataan akan mematuhi dan

melaksanakan ketentuan etika profesi.

4. Surat tanda registrasi dokter dan surat tanda registrasi dokter gigi berlaku selama 5 (lima) tahun dan diregistrasi ulang setiap 5 (lima) tahun sekali dengan tetap memenuhi persyaratan.

Pasal 36 menyebutkan bahwa Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat izin praktik.

Pasal 37 menyebutkan bahwa:

1. Surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat praktik kedokteran atau kedokteran gigi dilaksanakan.
2. Surat izin praktik dokter atau dokter gigi hanya diberikan untuk paling banyak 3 (tiga) tempat.
3. Satu surat izin praktik hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.

Pasal 38 menyebutkan bahwa:

1. untuk mendapatkan surat izin praktik, menyebutkan bahwa dokter atau dokter gigi harus:
 - a. memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang masih berlaku;
 - b. mempunyai tempat praktik; dan
 - c. memiliki rekomendasi dari organisasi profesi.
2. Surat izin praktik masih tetap berlaku sepanjang:
 - a. surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi masih berlaku; dan
 - b. tempat praktik masih sesuai dengan yang tercantum dalam surat izin praktik.

Pasal 50 menyebutkan bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan

tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;

- b. memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
- c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- d. menerima imbalan jasa.

Pasal 51 menyebutkan bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

3.7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan

Kesehatan sebagai hak asasi manusia yang diakui secara konstitusional dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 sebagai hak warga negara dan tanggung jawab negara. Hak asasi bidang kesehatan ini harus diwujudkan melalui pembangunan kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat dengan menanamkan kebiasaan hidup sehat. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diwujudkan melalui pemberian

pelayanan kesehatan yang didukung oleh sumber daya kesehatan, baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan.

Perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan berperan sebagai penyelenggara Praktik Keperawatan, pemberi Asuhan Keperawatan, penyuluh dan konselor bagi Klien, pengelola Pelayanan Keperawatan, dan peneliti Keperawatan. Pelayanan Keperawatan yang diberikan oleh Perawat didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu keperawatan yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan Klien, perkembangan ilmu pengetahuan, dan tuntutan globalisasi.

Pelayanan kesehatan tersebut termasuk Pelayanan Keperawatan yang dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, dan aman oleh Perawat yang telah mendapatkan registrasi dan izin praktik. Praktik keperawatan sebagai wujud nyata dari Pelayanan Keperawatan dilaksanakan secara mandiri dengan berdasarkan pelimpahan wewenang, penugasan dalam keadaan keterbatasan tertentu, penugasan dalam keadaan darurat, ataupun kolaborasi.

Untuk menjamin perlindungan terhadap masyarakat sebagai penerima Pelayanan Keperawatan dan untuk menjamin perlindungan terhadap Perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan, diperlukan pengaturan mengenai keperawatan secara komprehensif yang diatur dalam undang-undang. Selain sebagai kebutuhan hukum bagi perawat, pengaturan ini juga merupakan pelaksanaan dari *mutual recognition agreement* mengenai pelayanan jasa Keperawatan di kawasan Asia Tenggara. Ini memberikan peluang bagi perawat warga negara asing masuk ke Indonesia dan perawat Indonesia bekerja di luar negeri untuk ikut serta memberikan pelayanan kesehatan melalui Praktik Keperawatan. Ini dilakukan sebagai pemenuhan kebutuhan Perawat tingkat dunia, sehingga sistem keperawatan

Indonesia dapat dikenal oleh negara tujuan dan kondisi ini sekaligus merupakan bagian dari pencitraan dan dapat mengangkat harkat martabat bangsa Indonesia di bidang kesehatan.

Undang-Undang tentang Keperawatan untuk memberikan kepastian hukum dan perlindungan hukum serta untuk meningkatkan, mengarahkan, dan menata berbagai perangkat hukum yang mengatur penyelenggaraan Keperawatan dan Praktik Keperawatan, yang bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, dan aman sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Memajukan kesejahteraan umum sebagai salah satu tujuan nasional sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 perlu diselenggarakan pembangunan kesehatan. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diwujudkan melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keperawatan penyelenggaraan pelayanan keperawatan harus dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman, dan terjangkau oleh perawat yang memiliki kompetensi, kewenangan, etik, dan moral tinggi.

Dalam Undang-Undang ini pada Pasal 1 juga mendefinisikan mengenai:

- a. Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.
- b. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- c. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan

kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.

- d. Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan.
- e. Sertifikat Profesi adalah surat tanda pengakuan untuk melakukan praktik Keperawatan yang diperoleh lulusan pendidikan profesi.
- f. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Perawat yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta telah diakui secara hukum untuk menjalankan Praktik Keperawatan.
- g. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil Keperawatan kepada Perawat yang telah diregistrasi.
- h. Surat Izin Praktik Perawat yang selanjutnya disingkat SIPP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota kepada Perawat sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan Praktik Keperawatan.

Pasal 2 menyebutkan bahwa Praktik Keperawatan berasaskan:

- a. perikemanusiaan;
- b. nilai ilmiah;
- c. etika dan profesionalitas;
- d. manfaat;
- e. keadilan;
- f. perlindungan; dan
- g. kesehatan dan keselamatan Klien.

Pasal 3 menyebutkan bahwa Pengaturan Keperawatan bertujuan:

- a. meningkatkan mutu Perawat;

- b. meningkatkan mutu Pelayanan Keperawatan;
- c. memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada Perawat dan Klien; dan
- d. meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 4 menyebutkan bahwa:

1. Jenis Perawat terdiri atas: a. Perawat profesi; dan b. Perawat vokasi.
2. Perawat profesi terdiri atas: a. ners; dan b. ners spesialis.

Pasal 18 menyebutkan bahwa:

1. Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan wajib memiliki STR.
2. STR diberikan oleh Konsil Keperawatan setelah memenuhi persyaratan.
3. Persyaratan meliputi:
 - a. memiliki ijazah pendidikan tinggi Keperawatan;
 - b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan
 - e. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.
4. STR berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diregistrasi ulang setiap 5 (lima) tahun.
5. Persyaratan untuk Registrasi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi:
 - a. memiliki STR lama;
 - b. memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c. memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi;
 - e. telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidangnya; dan

- f. memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.

Pasal 19 menyebutkan bahwa:

1. Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan wajib memiliki izin.
2. Izin diberikan dalam bentuk SIPP.
3. SIPP diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat Perawat menjalankan praktiknya.
4. Untuk mendapatkan SIPP, Perawat harus melampirkan:
 - a. salinan STR yang masih berlaku;
 - b. rekomendasi dari Organisasi Profesi Perawat; dan
 - c. surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
5. SIPP masih berlaku apabila:
 - a. STR masih berlaku; dan
 - b. Perawat berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPP.

Pasal 20 menyebutkan bahwa:

1. SIPP hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik.
2. SIPP diberikan kepada Perawat paling banyak untuk 2 (dua) tempat.

Pasal 21 menyebutkan bahwa Perawat yang menjalankan praktik mandiri harus memasang papan nama Praktik Keperawatan.

Pasal 22 menyebutkan bahwa SIPP tidak berlaku apabila:

- a. dicabut berdasarkan ketentuan Perundang-undangan;
- b. habis masa berlakunya;
- c. atas permintaan Perawat; atau
- d. Perawat meninggal dunia.

Pasal 28 menyebutkan bahwa:

1. Praktik Keperawatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan Klien sasarannya.
2. Praktik Keperawatan terdiri atas:
 - a. Praktik Keperawatan mandiri; dan
 - b. Praktik Keperawatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Praktik Keperawatan harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.
 - c. Praktik Keperawatan didasarkan pada prinsip kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan masyarakat dalam suatu wilayah.

Pasal 29 menyebutkan bahwa:

1. Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat bertugas sebagai:
 - a. pemberi Asuhan Keperawatan;
 - b. penyuluh dan konselor bagi Klien;
 - c. pengelola Pelayanan Keperawatan;
 - d. peneliti Keperawatan;
 - e. pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
 - f. pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
2. Tugas dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri-sendiri.
3. Pelaksanaan tugas Perawat harus dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 30 menyebutkan bahwa:

1. Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, Perawat berwenang:

- a. melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik;
 - b. menetapkan diagnosis Keperawatan;
 - c. merencanakan tindakan Keperawatan;
 - d. melaksanakan tindakan Keperawatan;
 - e. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan;
 - f. melakukan rujukan;
 - g. memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;
 - h. memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
 - i. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan
 - j. melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.
2. Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang:
- a. melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat;
 - b. menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat;
 - c. membantu penemuan kasus penyakit;
 - d. merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
 - e. melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
 - f. melakukan rujukan kasus;
 - g. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
 - h. melakukan pemberdayaan masyarakat;
 - i. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan

- masyarakat;
- j. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat;
- k. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;
- l. mengelola kasus; dan
- m. Melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif.

Pasal 36 menyebutkan bahwa Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya.
- c. menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan;
- d. menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- e. memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.

Pasal 37 menyebutkan bahwa Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berkewajiban:

- a. melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- c. merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat

atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;

- d. mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar;
- e. memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya; melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat; dan melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

Pasal 47 menyebutkan bahwa untuk meningkatkan mutu Praktik Keperawatan dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada Perawat dan masyarakat, dibentuk Konsil Keperawatan. Konsil Keperawatan merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.

Pasal 49 Konsil Keperawatan mempunyai fungsi pengaturan, penetapan, dan pembinaan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan. Dalam menjalankan fungsi Konsil Keperawatan memiliki tugas:

- a. melakukan Registrasi Perawat;
- b. melakukan pembinaan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan;
- c. menyusun standar pendidikan tinggi Keperawatan;
- d. menyusun standar praktik dan standar kompetensi Perawat; dan
- e. menegakkan disiplin Praktik Keperawatan.

Pasal 50 menyebutkan bahwa dalam menjalankan tugas Konsil Keperawatan mempunyai wewenang:

- a. menyetujui atau menolak permohonan Registrasi Perawat, termasuk Perawat Warga Negara Asing;
- b. menerbitkan atau mencabut STR;

- c. menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi Perawat;
- d. menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi Perawat; dan
- e. memberikan pertimbangan pendirian atau

Pasal 55 menyebutkan bahwa Pemerintah, Pemerintah Daerah, Konsil Keperawatan, dan Organisasi Profesi membina dan menguasai Praktik Keperawatan sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing.

Pasal 56 menyebutkan bahwa pembinaan dan pengawasan Praktik Keperawatan diarahkan pada:

- a. meningkatkan mutu Pelayanan Keperawatan;
- b. melindungi masyarakat atas tindakan Perawat yang tidak sesuai dengan standar; dan
- c. memberikan kepastian hukum bagi Perawat dan masyarakat.

3.8. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian

Pembangunan bidang kesehatan pada dasarnya ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan sebagaimana diamanatkan oleh Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Tenaga Kefarmasian sebagai salah satu tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat mempunyai peranan penting karena terkait langsung dengan pemberian pelayanan, khususnya Pelayanan Kefarmasian. Sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kefarmasian telah terjadi pergeseran orientasi Pelayanan Kefarmasian dari pengelolaan obat sebagai komoditi kepada pelayanan yang komprehensif (*pharmaceutical care*) dalam

pengertian tidak saja sebagai pengelola obat namun dalam pengertian yang lebih luas mencakup pelaksanaan pemberian informasi untuk mendukung penggunaan obat yang benar dan rasional, monitoring penggunaan obat untuk mengetahui tujuan akhir serta kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*).

Perangkat hukum yang mengatur penyelenggaraan praktik kefarmasian dirasakan belum memadai, selama ini masih didominasi oleh kebutuhan formal dan kepentingan Pemerintah, dan belum memberdayakan Organisasi Profesi dan pemerintah daerah sejalan dengan era otonomi. Sementara itu berbagai upaya hukum yang dilakukan dalam memberikan perlindungan menyeluruh kepada masyarakat sebagai penerima pelayanan, dan Tenaga Kefarmasian sebagai pemberi pelayanan telah banyak dilakukan, akan tetapi dirasakan masih belum memadai karena kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang sangat cepat tidak seimbang dengan perkembangan hukum.

Dalam rangka memberikan kepastian hukum dan perlindungan hukum, untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberi landasan hukum serta menata kembali berbagai perangkat hukum yang mengatur penyelenggaraan praktik kefarmasian agar dapat berjalan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka perlu mengatur Pekerjaan Kefarmasian dalam suatu peraturan pemerintah.

Dalam Peraturan Pemerintah, pada Pasal 1 memberikan pengertian mengenai:

- a. Pekerjaan Kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu Sediaan Farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusi atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas

resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional.

- b. Tenaga Kefarmasian adalah tenaga yang melakukan Pekerjaan Kefarmasian, yang terdiri atas Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian.
- c. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan Sediaan Farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.
- d. Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai Apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan Apoteker.
- e. Tenaga Teknis Kefarmasian adalah tenaga yang membantu Apoteker dalam menjalani Pekerjaan Kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, Analis Farmasi, dan Tenaga Menengah Farmasi/Asisten Apoteker
- f. Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktek kefarmasian oleh Apoteker.
- g. Toko Obat adalah sarana yang memiliki izin untuk menyimpan obat-obat bebas dan obat-obat bebas terbatas untuk dijual secara eceran.
- h. Standar Profesi adalah pedoman untuk menjalankan praktik profesi kefarmasian secara baik.
- i. Standar Prosedur Operasional adalah prosedur tertulis berupa petunjuk operasional tentang Pekerjaan Kefarmasian.
- j. Standar Kefarmasian adalah pedoman untuk melakukan Pekerjaan Kefarmasian pada fasilitas produksi, distribusi atau penyaluran, dan
- k. pelayanan kefarmasian
- l. Surat Tanda Registrasi Apoteker selanjutnya disingkat STRA adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Menteri kepada Apoteker yang telah diregistrasi.

- m. Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian selanjutnya disingkat STRTTK adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Menteri kepada Tenaga Teknis Kefarmasian yang telah diregistrasi.
- n. Surat Izin Praktik Apoteker selanjutnya disingkat SIPA adalah surat izin yang diberikan kepada Apoteker untuk dapat melaksanakan Pekerjaan Kefarmasian pada Apotek atau Instalasi Farmasi Rumah Sakit.
- o. Surat Izin Kerja selanjutnya disingkat SIK adalah surat izin yang diberikan kepada Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian untuk dapat melaksanakan Pekerjaan Kefarmasian pada fasilitas produksi dan fasilitas distribusi atau penyaluran.

Pasal 4 menyebutkan bahwa tujuan pengaturan Pekerjaan Kefarmasian untuk:

- a. memberikan perlindungan kepada pasien dan masyarakat dalam memperoleh dan/atau menetapkan sediaan farmasi dan jasa kefarmasian;
- b. mempertahankan dan meningkatkan mutu penyelenggaraan Pekerjaan Kefarmasian sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta peraturan perundang-undangan; dan
- c. memberikan kepastian hukum bagi pasien, masyarakat dan Tenaga Kefarmasian.

Pasal 5 menyebutkan bahwa Pelaksanaan Pekerjaan Kefarmasian meliputi:

- a. Pekerjaan Kefarmasian dalam Pengadaan Sediaan Farmasi;
- b. Pekerjaan Kefarmasian dalam Produksi Sediaan Farmasi;
- c. Pekerjaan Kefarmasian dalam Distribusi atau Penyaluran Sediaan Farmasi; dan
- d. Pekerjaan Kefarmasian dalam Pelayanan Sediaan Farmasi.

Pasal 22 menyebutkan bahwa dalam hal di daerah terpencil yang tidak ada apotek, dokter atau dokter gigi yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi mempunyai wewenang meracik dan menyerahkan obat kepada pasien yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 23 menyebutkan bahwa:

1. Dalam melakukan Pekerjaan Kefarmasian, Apoteker harus menetapkan Standar Prosedur Operasional.
2. Standar Prosedur Operasional harus dibuat secara tertulis dan diperbaharui secara terus menerus sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang farmasi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 33 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga Kefarmasian terdiri atas:
 - a. Apoteker; dan
 - b. Tenaga Teknis Kefarmasian.
2. Tenaga Teknis kefarmasian terdiri dari Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, Analis Farmasi, dan Tenaga Menengah Farmasi/Asisten Apoteker.

Pasal 37 menyebutkan bahwa:

1. Apoteker yang menjalankan Pekerjaan Kefarmasian harus memiliki sertifikat kompetensi profesi.
2. Bagi Apoteker yang baru lulus pendidikan profesi, dapat memperoleh sertifikat kompetensi profesi secara langsung setelah melakukan registrasi.
3. Sertifikat kompetensi profesi berlaku 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang untuk setiap 5 (lima) tahun melalui uji kompetensi profesi apabila Apoteker tetap akan menjalankan Pekerjaan Kefarmasian.

4. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara memperoleh sertifikat kompetensi dan tata cara registrasi profesi diatur dengan Peraturan Menteri

Pasal 39 menyebutkan bahwa:

1. Setiap Tenaga Kefarmasian yang melakukan Pekerjaan Kefarmasian di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi.
2. Surat tanda registrasi diperuntukkan bagi:
 - a. Apoteker berupa STRA; dan
 - b. Tenaga Teknis Kefarmasian berupa STRTTK

Pasal 40 ayat (1) menyebutkan bahwa untuk memperoleh STRA, Apoteker harus memenuhi persyaratan:

- a. memiliki ijazah Apoteker;
- b. memiliki sertifikat kompetensi profesi;
- c. mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji Apoteker;
- d. mempunyai surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter yang memiliki surat izin praktik; dan
- e. membuat pernyataan akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Pasal 52 menyebutkan bahwa:

1. Setiap Tenaga Kefarmasian yang melaksanakan Pekerjaan Kefarmasian di Indonesia wajib memiliki surat izin sesuai tempat Tenaga Kefarmasian bekerja.
2. Surat izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. SIPA bagi Apoteker yang melakukan Pekerjaan Kefarmasian di Apotek, puskesmas atau instalasi farmasi rumah sakit;
 - b. SIPA bagi Apoteker yang melakukan Pekerjaan Kefarmasian sebagai Apoteker pendamping;

- c. SIK bagi Apoteker yang melakukan Pekerjaan Kefarmasian di fasilitas kefarmasian diluar Apotek dan instalasi farmasi rumah sakit; atau
- d. SIK bagi Tenaga Teknis Kefarmasian yang melakukan Pekerjaan Kefarmasian pada Fasilitas Kefarmasian.

Pasal 53 ayat (1) menyebutkan bahwa Surat izin dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di Kabupaten/Kota tempat Pekerjaan Kefarmasian dilakukan.

Pasal 54 menyebutkan bahwa:

- 1. Apoteker hanya dapat melaksanakan praktik di 1 (satu) Apotik, atau puskesmas atau instalasi farmasi rumah sakit.
- 2. Apoteker pendamping hanya dapat melaksanakan praktik paling banyak di 3 (tiga) Apotek, atau puskesmas atau instalasi farmasi rumah sakit

Pasal 58 menyebutkan bahwa Menteri, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sesuai kewenangannya serta Organisasi Profesi membina dan mengawasi pelaksanaan Pekerjaan Kefarmasian.

Pasal 59 ayat (1) menyebutkan bahwa Pembinaan dan pengawasan diarahkan untuk:

- a. melindungi pasien dan masyarakat dalam hal pelaksanaan Pekerjaan Kefarmasian yang dilakukan oleh Tenaga Kefarmasian;
- b. mempertahankan dan meningkatkan mutu Pekerjaan Kefarmasian sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; dan
- c. memberikan kepastian hukum bagi pasien, masyarakat, dan Tenaga Kefarmasian.

3.9. Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan memiliki peran strategis dalam mewujudkan pembangunan kesehatan. Hal ini mengingat bahwa

kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Tenaga Kesehatan yang memadai secara kuantitas, kualitas, aman, dan terjangkau juga merupakan hak bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk itu, pemerintah pusat dan pemerintah daerah mempunyai kewajiban dalam menjamin kualitas, kuantitas, dan pemerataan Tenaga Kesehatan, yang dilakukan melalui perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan terhadap Tenaga Kesehatan.

Perencanaan kebutuhan Tenaga Kesehatan secara nasional disesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan masalah kesehatan, kebutuhan pengembangan program pembangunan kesehatan, dan ketersediaan Tenaga Kesehatan tersebut. Pengadaan Tenaga Kesehatan dilakukan sesuai dengan perencanaan kebutuhan dan diselenggarakan melalui pendidikan tinggi bidang kesehatan, baik oleh pemerintah pusat maupun masyarakat.

Pendayagunaan Tenaga Kesehatan meliputi penyebaran Tenaga Kesehatan yang merata dan berkeadilan, pemanfaatan Tenaga Kesehatan, dan pengembangan Tenaga Kesehatan, termasuk peningkatan karier. Pembinaan dan pengawasan Tenaga Kesehatan terutama ditujukan untuk meningkatkan kualitas Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi yang diharapkan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.

Dalam Peraturan Pemerintah ini juga mendefinisikan mengenai Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan

kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Pasal 2 menyebutkan bahwa Tenaga Kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum Diploma Tiga, kecuali tenaga medis. Dan Pasal 3 ayat (1) menyebutkan bahwa Pengelolaan Tenaga Kesehatan meliputi upaya:

- a. perencanaan;
- b. pengadaan;
- c. pendayagunaan; dan
- d. pembinaan dan pengawasan,

Pasal 4 menyebutkan bahwa:

1. Perencanaan Tenaga Kesehatan diselenggarakan sebagai upaya sistematis untuk dasar pelaksanaan kegiatan pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan Tenaga Kesehatan.
2. Perencanaan Tenaga Kesehatan menjadi acuan dalam upaya pemenuhan, pemerataan, dan penyesuaian kapasitas produksi Tenaga Kesehatan.

Pasal 5 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib menyusun dan menetapkan perencanaan Tenaga Kesehatan.
2. Perencanaan Tenaga Kesehatan dilakukan terhadap Tenaga Kesehatan yang melaksanakan pekerjaan keprofesian sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, baik yang bekerja untuk pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun masyarakat.
3. Perencanaan Tenaga Kesehatan memperhatikan kerja sama dan sinergisme antarpemangku kepentingan.

Pasal 6 menyebutkan bahwa:

1. Penyusunan dan penetapan perencanaan Kesehatan yang bekerja sesuai keprofesiannya harus memperhatikan:
 - a. jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan, dan

- b. distribusi Tenaga Kesehatan;
 - c. penyelenggaraan upaya kesehatan;
 - d. ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - e. kemampuan pembiayaan;
 - f. kondisi geografis dan sosial budaya; dan
 - g. kebutuhan masyarakat.
2. Selain mempertimbangkan ketentuan, dalam menyusun dan merencanakan Tenaga Kesehatan, pemerintah pusat dan pemerintah daerah harus memperhatikan Tenaga Kesehatan yang bekerja tidak sesuai dengan keprofesiannya.

Pasal 7 menyebutkan bahwa:

1. Perencanaan Tenaga Kesehatan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dilaksanakan melalui proses sebagai berikut:
 - a. identifikasi kebutuhan jenis dan kualifikasi Tenaga Kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat dengan memperhatikan kondisi geografis dan sosial budaya;
 - b. melakukan analisis beban kerja untuk menentukan jumlah kebutuhan setiap jenis Tenaga Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. Membuat proyeksi jumlah kebutuhan Tenaga Kesehatan berdasarkan beban kerja pelayanan kesehatan setiap jenis Tenaga Kesehatan;
 - d. mengidentifikasi ketersediaan jenis, jumlah, dan kompetensi Tenaga kesehatan yang dimiliki oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - e. membuat proyeksi ketersediaan Tenaga Kesehatan yang ada dengan memperkirakan yang akan memasuki usia pensiun;
 - f. membandingkan antara kebutuhan Tenaga Kesehatan dengan persediaan Tenaga Kesehatan yang dimiliki oleh

- Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar, untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan setiap jenis Tenaga Kesehatan pada setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
- g. membuat proyeksi kebutuhan pembiayaan.
2. Perencanaan Tenaga Kesehatan disusun secara berjenjang dimulai dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pemerintah daerah kabupaten/kota, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah pusat secara nasional.
 3. Hasil perencanaan Tenaga Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan direkapitulasi dan diverifikasi oleh pemerintah daerah kabupaten/kota untuk ditetapkan oleh bupati/walikota sebagai perencanaan kebutuhan Tenaga Kesehatan tingkat kabupaten/kota.
 4. Perencanaan pemerintah daerah kabupaten/kota direkapitulasi oleh pemerintah daerah provinsi untuk ditetapkan oleh gubernur sebagai perencanaan Tenaga Kesehatan tingkat provinsi.
 5. Perencanaan pemerintah daerah provinsi direkapitulasi oleh Menteri untuk ditetapkan sebagai perencanaan Tenaga Kesehatan tingkat nasional.

Pasal 8 menyebutkan bahwa:

1. Penyusunan perencanaan Tenaga Kesehatan oleh pemerintah daerah dilakukan dalam bentuk manual dan elektronik.
2. Dalam rangka menyusun perencanaan, pemerintah daerah wajib melakukan pemutakhiran data dan informasi Tenaga Kesehatan paling lama 3 (tiga) bulan sekali.

Pasal 9 menyebutkan bahwa:

1. Penyusunan perencanaan Tenaga Kesehatan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dilakukan untuk jangka waktu:

- a. 1 (satu) tahun;
 - b. 5 (lima) tahun; dan
 - c. 25 (dua puluh lima) tahun.
2. Penyusunan perencanaan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan mengacu pada perencanaan Tenaga Kesehatan 5 (lima) tahun dan 25 (dua puluh lima) tahun.
 3. Penyusunan perencanaan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan mengacu pada perencanaan Tenaga Kesehatan 25 (dua puluh lima) tahun.

Pasal 17 menyebutkan bahwa:

1. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
2. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan terdiri atas pendayagunaan di dalam negeri dan luar negeri.
3. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan:
 - a. pemerataan;
 - b. pemanfaatan; dan
 - c. perkembangan.
4. Selain memperhatikan ketentuan, pendayagunaan Tenaga Kesehatan juga harus mempertimbangkan:
 - a. jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat;
 - b. jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan; dan
 - c. jumlah Tenaga Kesehatan sesuai dengan beban kerja pelayanan kesehatan yang ada.

Pasal 18 menyebutkan bahwa:

1. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan di dalam negeri oleh pemerintah pusat dilakukan melalui:
 - a. penempatan Tenaga Kesehatan dengan status pegawai negeri sipil dan penempatan Tenaga

- Kesehatan dengan status prajurit Tentara Nasional Indonesia/anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia;
- b. penempatan Tenaga Kesehatan dengan status pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja;
 - c. penugasan khusus Tenaga Kesehatan;
 - d. wajib kerja Tenaga Kesehatan;
 - e. ikatan dinas Tenaga Kesehatan; atau
 - f. pemindahtugasan Tenaga Kesehatan.
2. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan di dalam negeri oleh pemerintah daerah dilakukan melalui:
- a. penempatan Tenaga Kesehatan dengan status pegawai negeri sipil;
 - b. penempatan Tenaga Kesehatan dengan status pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja;
 - c. penugasan khusus Tenaga Kesehatan;
 - d. ikatan dinas Tenaga Kesehatan; atau
 - e. pemindahtugasan Tenaga Kesehatan.
3. Pendayagunaan dilakukan melalui proses seleksi
4. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan oleh masyarakat dilakukan melalui pemanfaatan Tenaga Kesehatan dengan memperhatikan kompetensi, penggajian, uraian pekerjaan, jam kerja, pola karier, dan pengembangan kemampuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 19 menyebutkan bahwa:

1. Penempatan Tenaga Kesehatan dengan status pegawai negeri sipil dan penempatan Tenaga Kesehatan dengan status prajurit Tentara Nasional Indonesia/anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia dilakukan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan pada masyarakat.

2. Penempatan dilakukan dengan memperhatikan jumlah, jenis, dan kompetensi yang dibutuhkan dan mempertimbangkan kebutuhan pelayanan kesehatan pada:
 - a. daerah tertinggal, daerah terpencil, daerah sangat terpencil, kawasan perbatasan, kepulauan, daerah tidak diminati, daerah bermasalah kesehatan; dan
 - b. tempat lain yang ditetapkan oleh Menteri.
3. Tenaga Kesehatan dengan status pegawai negeri sipil ditempatkan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik pemerintah pusat atau pemerintah daerah.
4. Tenaga Kesehatan dengan status prajurit Tentara Nasional Indonesia/anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia ditempatkan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Tentara Nasional Indonesia/Kepolisian Negara Republik Indonesia.
5. Dalam keadaan tertentu, Tenaga Kesehatan dengan status prajurit Tentara Nasional Indonesia/anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia dapat ditempatkan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik pemerintah pusat dan pemerintah daerah.
6. Penempatan dilakukan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pertahanan dan kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia.

Pasal 20 menyebutkan bahwa:

1. Penempatan Tenaga Kesehatan dengan status pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja dilakukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik pemerintah pusat atau pemerintah daerah sesuai kewenangannya.
2. Penempatan Tenaga Kesehatan dengan status pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

Pasal 21 menyebutkan bahwa:

1. Penugasan khusus Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1) huruf c oleh pemerintah pusat dan penugasan khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (2) huruf c oleh pemerintah daerah merupakan pendayagunaan secara khusus Tenaga Kesehatan dalam kurun waktu tertentu guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan di daerah tertinggal, daerah terpencil, daerah sangat terpencil, kawasan perbatasan, kepulauan, daerah tidak mampu, daerah tidak diminati, daerah bermasalah kesehatan, atau rumah sakit di kabupaten/kota yang memerlukan pelayanan medik spesialistik serta memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan lain oleh Tenaga Kesehatan.
2. Penugasan khusus Tenaga Kesehatan dilaksanakan dalam 2 (dua) model, yaitu:
 - a. berbasis tim pada pusat kesehatan masyarakat atau jejaringnya; atau
 - b. individual pada pusat kesehatan masyarakat atau jejaringnya dan rumah sakit.

Pasal 22 menyebutkan bahwa:

1. Dalam rangka penugasan khusus Tenaga Kesehatan, pemerintah daerah wajib menyediakan sarana prasarana sesuai dengan pelayanan kesehatan yang diperlukan dan fasilitas lainnya sesuai dengan kemampuan daerah masing-masing
2. Selain kewajiban, pemerintah daerah dapat memberikan tunjangan daerah sesuai dengan kemampuan daerah masing-masing.

Pasal 23 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga Kesehatan yang didayagunakan melalui penugasan khusus berhak atas:
 - a. gaji;
 - b. insentif; dan/atau
 - c. jasa pelayanan.

2. Gaji hanya berlaku untuk pegawai aparatur sipil negara.

Pasal 24 menyebutkan bahwa jangka waktu penugasan khusus Tenaga Kesehatan ditentukan berdasarkan:

- a. model penugasan khusus;
- b. jenis Tenaga Kesehatan; dan
- c. jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 31 menyebutkan bahwa:

1. Dalam rangka pelaksanaan program wajib kerja Tenaga Kesehatan, pemerintah pusat atau pemerintah daerah memberikan tunjangan kepada Tenaga Kesehatan yang ditugaskan.
2. Tenaga Kesehatan yang mengikuti wajib kerja berhak atas penghasilan yang layak.
3. Selain tunjangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pemerintah daerah penerima Tenaga Kesehatan yang ditugaskan melalui wajib kerja Tenaga Kesehatan wajib:
 - a. menerbitkan surat izin praktik;
 - b. menyediakan fasilitas tempat tinggal atau rumah dinas; dan
 - c. menyediakan sarana dan prasarana pendukung pekerjaan keprofesian Tenaga Kesehatan yang bersangkutan.

Pasal 32 menyebutkan bahwa pendanaan penyelenggaraan wajib kerja Tenaga Kesehatan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara serta anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Pasal 34 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah pusat atau pemerintah daerah dapat menetapkan pola ikatan dinas bagi calon Tenaga Kesehatan untuk memenuhi kepentingan pembangunan kesehatan.
2. Pola ikatan dinas yang ditetapkan oleh pemerintah daerah mengacu pada pola ikatan dinas yang ditetapkan oleh pemerintah pusat.
3. Pola ikatan dinas dilaksanakan sesuai kebutuhan berdasarkan pertimbangan prestasi akademik, nonakademik, dan pertimbangan keterwakilan wilayah

Pasal 41 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah pusat atau pemerintah daerah dapat melakukan pemindahtugasan Tenaga Kesehatan yang diangkat oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah dalam rangka pemenuhan kebutuhan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan/atau promosi sesuai dengan tugas dan kewenangan masing-masing.
2. Pemindahtugasan terutama ditujukan bagi pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, kawasan perbatasan, kepulauan, dan daerah bermasalah kesehatan.

Pasal 42 menyebutkan bahwa:

1. Pemindahtugasan Tenaga Kesehatan dilakukan dari wilayah yang memiliki kelebihan Tenaga Kesehatan ke wilayah yang kekurangan Tenaga Kesehatan.
2. Pemindahtugasan disertai dengan pemenuhan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kompetensi yang dimiliki oleh Tenaga Kesehatan yang dipindahtugaskan.

Pasal 43 menyebutkan bahwa pemindahtugasan Tenaga Kesehatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan harus berdasarkan:

- a. izin pindah dari kepala daerah tempat kerja yang akan ditinggalkan; dan
- b. persetujuan penerimaan kerja dari kepala daerah tempat kerja tujuan.

Pasal 44 menyebutkan bahwa:

1. Pemindahtugasan Tenaga Kesehatan, yang diangkat oleh pemerintah daerah kabupaten/kota, dalam 1 (satu) wilayah kabupaten/kota ditetapkan oleh bupati/walikota.
2. Pemindahtugasan Tenaga Kesehatan, yang diangkat oleh pemerintah daerah, antarkabupaten/kota dalam 1 (satu) provinsi ditetapkan oleh gubernur.
3. Dalam hal pemindahtugasan, bupati/walikota tempat kerja yang akan ditinggalkan dan bupati/walikota tempat kerja tujuan pemindahan harus berkoordinasi.
4. Pemindahtugasan Tenaga Kesehatan antarkabupaten/ kota antarprovinsi dan antarprovinsi ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri setelah berkoordinasi dengan Menteri.
5. Gubernur dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam negeri dalam menetapkan pemindahtugasan wajib mempertimbangkan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Pasal 46 menyebutkan bahwa dalam hal terjadi kekosongan Tenaga Kesehatan karena pemindahtugasan, pemerintah pusat atau pemerintah daerah wajib menyediakan Tenaga Kesehatan pengganti.

Pasal 47 menyebutkan bahwa dalam hal terjadi kelebihan jumlah Tenaga Kesehatan di suatu daerah, Menteri dapat meminta kepada pemerintah daerah yang bersangkutan untuk melakukan redistribusi di wilayahnya.

Pasal 87 menyebutkan bahwa:

1. Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum; dan
 - b. memperoleh imbalan.
2. Selain hak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Tenaga Kesehatan yang bertugas di daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan serta daerah bermasalah kesehatan juga berhak atas kenaikan pangkat istimewa dan perlindungan dalam melaksanakan tugas.

Pasal 88 menyebutkan bahwa:

1. Pelindungan hukum Tenaga Kesehatan diperoleh sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional.
2. Pelindungan hukum ditujukan untuk:
 - a. memberikan kepastian hukum kepada Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. menjamin bekerja tanpa paksaan dan ancaman dari pihak lain; dan
 - c. menjamin bekerja sesuai dengan kewenangan dan kompetensi keprofesiannya.
3. Pelindungan hukum terdiri atas:
 - a. pelindungan hukum preventif; dan
 - b. pelindungan hukum represif
4. Pelindungan hukum preventif untuk menjamin adanya kepastian hukum bagi Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik keprofesiannya dan memiliki kebebasan dalam menjalankan praktik keprofesiannya.
5. Pelindungan hukum represif untuk menjamin Tenaga Kesehatan yang telah bekerja sesuai dengan standar mendapatkan kesempatan pembelaan diri dan proses peradilan yang adil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 9 1 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan kepada Tenaga Kesehatan.
2. Pembinaan dan pengawasan kepada Tenaga Kesehatan dilakukan dengan melibatkan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dan organisasi profesi sesuai dengan kewenangannya.
3. Pembinaan dan pengawasan diarahkan untuk:
 - a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan;
 - b. melindungi penerima pelayanan kesehatan dan masyarakat atas tindakan yang dilakukan Tenaga Kesehatan; dan
 - c. memberikan kepastian hukum bagi masyarakat dan Tenaga Kesehatan.

Pasal 92 menyebutkan bahwa:

1. Pembinaan terhadap Tenaga Kesehatan meliputi pembinaan:
 - a. teknis; dan
 - b. keprofesian
2. Pembinaan harus terkoordinasi.

Pasal 93 menyebutkan bahwa:

1. Pembinaan teknis Tenaga Kesehatan dilaksanakan oleh:
 - a. pemerintah pusat;
 - b. pemerintah daerah provinsi; dan
 - c. pemerintah daerah kabupaten/kota
2. Pemerintah pusat melakukan pembinaan teknis terhadap Tenaga Kesehatan melalui monitoring dan evaluasi serta penetapan norma, standar, prosedur, dan kriteria.
3. Pemerintah daerah provinsi melakukan pembinaan teknis terhadap Tenaga Kesehatan melalui monitoring dan evaluasi serta penetapan petunjuk teknis dan/atau petunjuk pelaksanaan dengan memperhatikan norma, standar,

prosedur, dan kriteria yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat..

4. Pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan teknis terhadap Tenaga Kesehatan melalui monitoring, evaluasi, dan penilaian dalam pelaksanaan praktik.

Pasal 94 menyebutkan bahwa:

1. Pembinaan keprofesian Tenaga Kesehatan dilaksanakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota dengan melibatkan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dan organisasi profesi sesuai kewenangan masing-masing.
2. Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. bimbingan;
 - b. peningkatan kompetensi di bidang kesehatan;
 - c. pengesahan standar profesi Tenaga Kesehatan; dan
 - d. sertifikasi profesi dan registrasi Tenaga Kesehatan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 95 menyebutkan bahwa:

1. Pemerintah pusat, pemerintah daerah, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan, dan organisasi profesi melakukan pengawasan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kewenangan masing-masing, melalui:
 - a. sertifikasi Tenaga Kesehatan;
 - b. registrasi Tenaga Kesehatan;
 - c. pemberian rzin praktik Tenaga Kesehatan; dan
 - d. pelaksanaan praktik Tenaga Kesehatan.
2. Pengawasan meliputi pengawasan atas:
 - a. ketaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan termasuk ketaatan pelaksanaan norma,

- standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh pemerintah pusat;
- b. dampak pelayanan kesehatan oleh Tenaga Kesehatan; dan
 - c. akuntabilitas dan transparansi pelayanan kesehatan.
3. Dalam melaksanakan pengawasan terhadap Tenaga Kesehatan, pemerintah pusat dan pemerintah daerah dapat melibatkan peran serta masyarakat.
 4. Dalam rangka pengawasan, pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan konsil masing-masing Tenaga Kesehatan sesuai kewenangannya dapat mengenakan sanksi berupa penegakan disiplin dan sanksi administratif.
 5. Penegakan disiplin oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 6. Pengenaan sanksi administratif dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3.10 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2013 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan

Pemberian izin dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan perlu mengatur registrasi tenaga kesehatan.

Dalam Peraturan Menteri ini memberikan beberapa pengertian antara lain:

- a. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang

dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

- c. Uji Kompetensi adalah suatu proses untuk mengukur pengetahuan,
- d. keterampilan, dan sikap tenaga kesehatan sesuai dengan standar profesi.
- e. Sertifikat Kompetensi adalah pengakuan kompetensi atas prestasi lulusan yang sesuai dengan keahlian dalam cabang ilmunya dan/atau memiliki prestasi di luar program studinya.
- f. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Tenaga Kesehatan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk menjalankan praktik dan/atau pekerjaan keprofesiannya.
- g. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Menteri kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi. Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia yang selanjutnya disingkat MTKI adalah lembaga untuk dan atas nama Menteri yang berfungsi menjamin mutu tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terdiri dari unsur kementerian dan organisasi profesi kesehatan.

Pasal 2 menyebutkan bahwa:

1. Setiap Tenaga Kesehatan yang akan menjalankan praktik dan/atau pekerjaan keprofesiannya wajib memiliki izin dari Pemerintah.
2. Untuk memperoleh izin dari Pemerintah diperlukan STR.
3. STR dikeluarkan oleh MTKI dan berlaku secara nasional.
4. Untuk memperoleh STR, Tenaga Kesehatan harus memiliki Sertifikat Kompetensi.

Pasal 3 menyebutkan bahwa:

1. Sertifikat Kompetensi diberikan kepada peserta didik setelah dinyatakan lulus Uji Kompetensi oleh perguruan tinggi bidang kesehatan yang memiliki izin penyelenggaraan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Uji Kompetensi diselenggarakan oleh perguruan tinggi bekerja sama dengan MTKI.

Pasal 4 menyebutkan bahwa:

1. STR berlaku sejak tanggal dikeluarkan dan berakhir pada tanggal lahir Tenaga Kesehatan yang bersangkutan di tahun kelima.
2. STR dapat diperpanjang setiap 5 (lima) tahun setelah memenuhi persyaratan.
3. Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a. pengabdian diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidang kesehatan; dan
 - b. pemenuhan kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.
4. Jumlah satuan kredit profesi untuk setiap kegiatan ditetapkan oleh MTKI atas usulan dari organisasi profesi.

BAB IV

**LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN
YURIDIS PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA
KESEHATAN KABUPATEN MAHAKAM ULU**

4.1. Pandangan Filosofis terhadap Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan

Filsafat menurut Paul Natorp merupakan ilmu dasar yang digunakan untuk menentukan kesatuan pengetahuan yang dapat digunakan untuk memikul keseluruhannya dan menunjukkan akhir yang sama berdasarkan pengertian tersebut maka saya menarik kesimpulan bahwa kegunaan filsafat bagi tenaga kesehatan adalah sebagai suatu tindakan yang dilakukan untuk mencari, meninjau, mengamati dan menyelidiki setiap masalah ataupun kejadian yang terjadi di masyarakat yang termasuk dalam ruang lingkup kesehatan masyarakat

Masalah tersebut diselidiki secara sistematis dengan lebih dalam untuk mendapatkan kebenaran, solusi ataupun pencegahannya. Selain itu, dengan berfilsafat kita dapat berfikir lebih logis dan radikal sehingga setiap ide dan tindakan yang diperbuat dapat lebih terarah dan bermanfaat baik bagi diri sendiri maupun orang lain.

Penyusunan suatu produk hukum, seperti Peraturan Daerah dilakukan pemandangan secara filsafat. Karena secara filsafat merupakan dasar atau hakekat yang merupakan inti mengapa harus dibuat Peraturan tersebut atau Perda tersebut. Perlu disadari bahwa sejak adanya ide atau pemikiran untuk membuat suatu peraturan, maka secara filsafat merupakan awal dari penemuan hukum secara tertulis pada bidang tertentu yang akan diatur. Selain itu bahwa secara filsafat hukum, yang menjadi pertanyaan mendasar adalah:

- a. Mengapa harus diatur dalam hukum secara tertulis?

- b. Mengapa peraturan daerah yang mengatur tentang mutu pelayanan dan tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu harus dibuat?
- c. Apakah hakekat yang mendasari dibentuknya Peraturan Daerah tersebut?

Pentingnya filsafat hukum dimuat sebagai landasan pembentukan Peraturan Daerah ini, mengingat bahwa Filsafat hukum mempelajari hukum secara spekulatif dan kritis, artinya filsafat hukum berusaha untuk memeriksa nilai dari pernyataan-pernyataan yang dapat dikategorikan sebagai hukum, yaitu:

- a. Secara spekulatif, filsafat hukum terjadi dengan pengajuan pertanyaan-pertanyaan mengenai hakekat hukum.
- b. Secara kritis, filsafat hukum berusaha untuk memeriksa gagasan-gagasan tentang hukum yang sudah ada, melihat koherensi, korespondensi dan fungsinya.³⁴

Lebih jauh Muchsin dalam bukunya *Ikhtisar Filsafat Hukum* menjelaskan dengan cara membagi definisi filsafat dengan hukum secara tersendiri, filsafat diartikan sebagai upaya berpikir secara sungguh-sungguh untuk memahami segala sesuatu dan makna terdalam dari sesuatu itu³⁵. Kemudian hukum disimpulkan sebagai aturan, baik tertulis maupun tidak tertulis yang mengatur tingkah laku manusia dalam masyarakat, berupa perintah dan larangan yang keberadaannya ditegakkan dengan sanksi yang tegas dan nyata dari pihak yang berwenang di sebuah negara.³⁶

Pentingnya muatan filosofi dalam setiap peraturan, terlebih lagi Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang Mutu Pelayanan Kesehatan dan Tenaga Kesehatan, dalam pandangan hukum selain hakekat hukum yang akan diatur juga penyusunan suatu hierarki norma-norma sehingga berlapis-lapis dan

³⁴ Slide Muchsin, yang di sampaikan pada mahasiswa Pascasarjana Program Magister Hukum Untag (Universitas 17 Agustus) Surabaya angkatan ke 18 tanggal 11 November 2007.

³⁵ Muchsin, *Ikhtisar Filsafat Hukum*, *Ibid*, hlm 13

³⁶ *Ibid*, hlm 24

berjenjang-jenjang. Suatu peraturan baru dapat diakui secara legal, bila tidak bertentangan dengan peraturan-peraturan yang berlaku pada suatu jenjang yang lebih tinggi. Seluruh sistem hukum mempunyai struktur piramidal, mulai dari yang abstrak (ideologi negara dan UUD) sampai yang konkrit (UU dan peraturan pelaksanaan). Menurut Hans dan Nawiasky dalam Abdul Ghofur Anshori "*Theorie von Stufenbau des Rechtsordnung*" ada empat kelompok penjenjangan perundang-undangan:

1. Norma dasar (*grundnorm*). Norma dasar negara dan hukum yang merupakan landasan akhir bagi peraturan-peraturan lebih lanjut.
2. Aturan-aturan dasar negara atau konstitusi, yang menentukan, norma-norma yang menjamin berlansungnya negara dan penjagaan hak-hak anggota masyarakat. Aturan ini bersifat umum dan tidak mengandung sanksi, maka tidak termasuk perundangundangan.
3. Undang-undang formal yang di dalamnya telah masuk sanksi-sanksi dan diberlakukan dalam rangka mengatur lebih lanjut hal-hal yang dimuat dalam undang-undang dasar.
4. Peraturan-peraturan pelaksanaan dan peraturan-peraturan otonom.³⁷

Sementara Peraturan Daerah merupakan bagian dari perundang-undangan yang mengatur bersifat umum mengatur pada bidang tertentu. Otomatis di dalamnya merupakan muatan hukum yang penormaannya dilakukan agar ada kejelasan dalam pembatasan perilaku manusia. Sehingga filosofi ini juga menyangkut muatan nilai-nilai keadilan. Keadilan ini berkaitan dengan Peraturan Daerah Kabupaten tentang Mutu Pelayanan Kesehatan dan Tenaga Kesehatan, menyangkut keadilan bagi masyarakat dalam menerima fasilitas perbankan yang sama dibandingkan dengan perbankan lainnya. Untuk itu Hukum dalam pandangan keadilan menurut Raws, adalah :

First, each person is to have an equal right to the most extensive basic liberty compatible with similar liberty for others; Second, social and economic inequities are to be range so that they are both (a)

³⁷ Abdul Ghofur Anshori, Filsafat Hukum Sejarah, Aliran Dan Pemaknaan, (Jogyakarta, Gadjah Mada University Press, 2006), hlm 42

*reasonable expected to be to every one's advantage, and (b) attached to positions and offices open to all.*³⁸

Pertama-tama mengenai pentingnya pelayanan kesehatan diadakan dan menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah Kabupaten Mahakam Ulu secara filsafat, maka ada beberapa pertanyaan mendasar, seperti:

- Apa makna dari pentingnya kesehatan masyarakat bagi kelangsungan suatu sistem Pemerintahan negara.
- Mengapa perlindungan dan izin tenaga kesehatan menjadi tanggungjawab penyelenggara Pemerintahan Daerah untuk mengadakannya
- Apakah nilai yang terkandung dalam perlindungan dan izin tenaga tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu.

Secara filsafat sebenarnya masih banyak lagi pertanyaan mendasar, tetapi apa yang telah disajikan ini telah dianggap sebagai pertanyaan yang paling mendasar. Oleh karena itu hal yang mendasar mengenai pentingnya tanggungjawab Negara (Daerah) Kabupaten Mahakam Ulu perlindungan dan izin tenaga kesehatan tenaga kesehatan adalah kehadiran negara melalui perangkatnya yaitu Pemerintah dan atau Pemerintah Daerah Kabupaten Mahakam Ulu.

Urgensi dari dibentuknya regulasi daerah berupa Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu yang mengatur tentang Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan ini secara ontologi³⁹, adalah Hak mendapat pelayanan kesehatan adalah hak mendasar.

³⁸ Rawls, J., *A Theory of Justice*, (Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press of Cambridge, 1971), hlm 60

³⁹ Ontologi adalah mempermasalahkan apakah sesungguhnya hakikat realitas yang ada ini, apakah realitas ini terbentuk dari satu unsur (monism), dua unsur (dualism) ataukah lebih dari dua unsur (pluralism)? Paham Ontologi ini pada akhirnya akan menentukan pendapat bahkan “keyakinan: kita masing-masing mengenai apa dan bagaimana (yang) ada “sebagaimana manifestasi kebenaran yang kita cari” (Lihat Koento Wibisono Siswomiharjo, Ilmu Pengetahuan Sebuah Sketsa Umum Mengenai Kelahiran dan Perkembangan Sebagai Pengantar untuk Memahami Filsafat Ilmu, Fakultas Filsafat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, hlm 2 - 3

Mengapa harus diatur, tidak lain agar pelaksanaan dan tanggungjawab negara benar-benar menjadikan pelayanan kesehatan itu sebagai kewajiban yang diemban. Kenapa menjadi kewajiban? Karena negara dibentuk tidak lain adalah tujuan akhirnya menciptakan kesejahteraan masyarakat (rakyat). Karena asal usul negara terbentuk harus terpenuhinya unsur-unsur, salah satunya adanya rakyat. Karena tidak ada rakyat, tidak ada negara.

Dalam Nilai yang telah ada dan dijadikan sebagai dasar negara Indonesia yaitu Pancasila sebagai nilai dasar Negara yang disaripatkan menjadi 5 dasar (*the five principles*). Terkait dengan pemenuhan pelayanan kesehatan, maka nilai dasar adalah ***Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia***. Kesehatan merupakan keinginan setiap orang untuk selalu terhindar dari berbagai penyakit. Tidak ada satu orang pun yang ingin mengalami kesakitan atau sakit. Pentingnya kesehatan ini, karena masyarakat tidak dapat menjalankan berbagai aktivitas bila mengalami sakit. Sementara negara ini dibentuk atas keinginan bersama seluruh rakyat dan menyerahkan tanggungjawab kepada negara melalui perangkatnya untuk memberikan pelayanan dan fasilitas kesehatan bagi seluruh rakyat. Tanggungjawab negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan termasuk tenaga kesehatan untuk melayani masyarakat agar tetap terjamin kesehatannya dan terjamin perlindungan dan izin tenaga kesehatan. Tentu saja yang bertanggungjawab untuk menciptakan kadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia adalah negara melalui Pemerintah.

Secara epistemologi⁴⁰, maka Peraturan Daerah yang

⁴⁰ Simon Blackburn menjelaskan bahwa Epistemologi, (dari bahasa Yunani *episteme* (pengetahuan) dan *logos* (kata/pembicaraan/ilmu) adalah cabang filsafat yang berkaitan dengan asal, sifat, karakter dan jenis pengetahuan. Topik ini termasuk salah satu yang paling sering diperdebatkan dan dibahas dalam bidang filsafat. Misalnya tentang apa itu pengetahuan, bagaimana karakteristiknya,

dibentuk ini merupakan bentuk kebijakan dan kewajiban daerah untuk membentuk. Selain itu juga realita dan fakta bagi Kabupaten Mahakam Ulu sebagai Daerah Otonomi Baru (DOB) untuk merencanakan, mempersiapkan, sampai pada melaksanakan, dan mengevaluasi dari perlindungan dan izin tenaga kesehatan itu benar-benar bermanfaat bagi masyarakat untuk diadakan.

Terbukti selama ini secara positivistic kegiatan pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan belum memiliki dasar hukum berupa Peraturan Daerah Kabupaten Mahakam Ulu yang mengatur tentang perlindungan dan izin Tenaga Kesehatan.

Secara aksiologi,⁴¹ Pembentukan peraturan daerah Kabupaten Mahakam Ulu yang mengatur tentang perlindungan dan izin Kesehatan ini bila diatur tentu saja berdampak positif bahwa orang akan terlayani hal-hal yang terkait dengan kesehatan, seperti bekonsultasi, berobat, bahkan sampai pada rehabilitasi. Justru sebaliknya, bila tidak diatur maka tidak ada kepastian dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan. Apalagi juga tidak didukung dengan jumlah sumber daya manusia tenaga kesehatan yang bersedia untuk bertugas di daerah yang terpencil. Tenut saja berimbas pada tingkat kepercayaan masyarakat semakin meningkat artinya tidak kepercayaan kepada pemerintah semakin tinggi. Masyarakat akan berpandangan sinis, karena hak-hak mereka untuk mendapat pelayanan kesehatan tidak diperoleh.

macamnya, serta hubungannya dengan kebenaran dan keyakinan. Simon Blackburn., Kamus Filsafat., (Yogyakarta., Pustaka Pelajar., 2013)., hlm., 286.

⁴¹ Aksiologi ilmu meliputi nilai-nilai (values) yang bersifat normatif dalam pemberian makna terhadap kebenaran atau kenyataan sebagaimana kita jumpai dalam kehidupan kita yang menjelajahi berbagai kawasan, seperti kawasan sosial, kawasan simbolik atau pun fisik-material. Lebih dari itu nilai-nilai juga ditunjukkan oleh aksiologi ini sebagai suatu *conditio sine qua non* yang wajib dipatuhi dalam kegiatan kita, baik dalam melakukan penelitian maupun di dalam menerapkan ilmu. Dalam perkembangannya Filsafat ilmu juga mengarahkan pandangannya pada Strategi Pengembangan ilmu, yang menyangkut etik dan heuristik. Bahkan sampal pada dimensi kebudayaan untuk menangkap tidak saja kegunaan atau kemanfaatan ilmu, tetapi juga arti maknanya bagi kehidupan.

4.2. Pandangan Sosiologis Terhadap Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan

Pembentukan regulasi daerah Kabupaten Mahakam Ulu yang mengatur tentang perlindungan dan izin tenaga kesehatan ini merupakan suatu kebijakan (*policy*) yang memang seharusnya wajib dilakukan. Sebagai bentuk tanggungjawab kepada masyarakat Kabupaten Mahakam Ulu oleh Pemerintah Daerahnya. Bukan saja semata karena adanya kepastian hukum, melainkan memang pada hakekatnya demikian.

Kemudian dalam pandangan kemanfaatan, secara sosiologis⁴² tentu saja pemikiran regulasi daerah Kabupaten Mahakam Ulu yang mengatur tentang perlindungan dan izin tenaga kesehatan ini memiliki manfaat nantinya setelah menjadi hukum positif (*Ius Constitutum*). Apalagi substansi yang diatur adalah perlindungan baik perlindungan hukum maupun perlindungan pemenuhan kesejahteraan. Perlindungan bisa preventif maupun represif. Sehingga hukum yang akan dibentuk dari sistem perencanaan regulasi yang telah disusun ini dan sekarang dalam proses pengkajian secara mendalam. Baik dalam tatanan hukum yang mengatur, terlebih dari sisi manfaat dari keberadaan peraturan daerah ini nantinya.

Hukum sebagai alat untuk menciptakan ketertiban, keamanan, dan kepastian. Adanya peraturan daerah sebagai perangkat daerah dalam memberikan kepastian kepada tenaga kerja dalam pemberian perlindungan dan persyaratan izin praktik bagi tenaga kesehatan.

⁴² Sosiologi berasal dari bahasa Latin yaitu Socius yang berarti kawan, teman sedangkan Logos berarti ilmu pengetahuan. Ungkapan ini dipublikasikan diungkapkan pertama kalinya dalam buku yang berjudul "Cours De Philosophie Positive" karangan August Comte (1798-1857). (Lihat Arif Rohman, 2003, Memahami Pendidikan dan Ilmu Pendidikan. Yogyakarta: Laksbang Mediatama, hlm 72). Sosiologi adalah ilmu yang mempelajari hidup bersama dalam masyarakat dan menyelidiki ikatan-ikatan antara manusia yang menguasai hidupnya itu. Sosiologi mencoba untuk mengerti sifat dan maksud hidup bersama, cara terbentuk dan tumbuh serta berubahnya perserikatan-perserikatan hidup itu serta pula kepercayaannya, keyakinan yang memberi sifat tersendiri kepada cara hidup bersama itu dalam tiap persekutuan hidup manusia. Sementara itu Soejono Soekamto mengartikan sosiologi sebagai suatu ilmu pengetahuan yang membatasi diri terhadap persoalan penilaian. (Soejono Soekamto, 1982: 21)

Dengan demikian Fungsi lain dari hukum, yakni mengadakan perubahan-perubahan di dalam masyarakat (*law as a tool of engineering*). Satjipto Rahardjo mengemukakan⁴³ bahwa hukum sebagai sarana *social engineering* adalah penggunaan hukum secara sadar untuk mencapai suatu tertib atau keadaan masyarakat sebagaimana dicita-citakan atau untuk melakukan perubahan-perubahan yang diinginkan. *Social engineering* merupakan cara untuk mempengaruhi masyarakat dengan sistem yang teratur dan direncanakan terlebih dahulu.

Selain adanya kewenangan yang diberikan kepada Kabupaten, khususnya Kabupaten Mahakam Ulu, juga manfaat dari regulasi ini sangat besar. Masyarakat harus merasa dimudahkan. Artinya adanya kebijakan regulasi dengan membentuk Peraturan Daerah yang mengatur tentang perlindungan dan izin tenaga kesehatan ini memiliki berdampak langsung bagi kehidupan masyarakat. Apalagi masyarakat di Kabupaten Mahakam Ulu ini termasuk dalam kategori daerah yang sangat tertinggal atau sangat terpencil. Sulitnya sarana dan prasarana transportasi yang sebagian besar wilayahnya hanya bisa dijangkau melalui air. Transportasi berupa *speedboat* atau perahu bermesin menjadi andalan alat transportasi sehari-hari. Dari satu kampung (desa) ke kampung lainnya. Dari satu kecamatan ke kecamatan lainnya. Bahkan demikian pula dari kampung atau dari kecamatan menuju ibukota kabupaten. Jalan darat sekarang yang lagi dibangun sebagai jalan poros atau jalan utama adalah dari Kabupaten Kutai Barat (Kabupaten induk) menuju ke ibu kota Kabupaten Mahakam Ulu yaitu Ujoh Bilang di Kecamatan Long Bagun. Tentu saja jalan tersebut melewati dua kecamatan yaitu Long Hubung dan Kecamatan Laham, baru tiba di ibukota Kabupaten Mahakam Ulu tersebut.

Untuk bisa mencapai dua kecamatan yang berada di daerah pedalaman lagi yang berbatasan langsung dengan Negara Malaysia

⁴³Satjipto Rahardjo, 1979, Sisi-sisi Lain dari Hukum Indonesia, Penerbit Buku Kompas, Jakarta, 2003, hal. 142

adalah Kecamatan Long Apari dan Kecamatan Long Pahangai. Akses yang bisa mencapai dua kecamatan itu selama ini bahkan dari sejak masa lalu adalah hanya mengandalkan moda transportasi air. Transportasi melalui air ini sebagai medianya, sangat memprihatinkan, kenapa demikian? Karena melalui beberapa arus air sungai Mahakam yang bisa saja membawa maut. Terutama melalui riam udang dan riam panjang serta riam halo.

Saat ini masih dikerjakan pembangunan jalan dari ibukota Kabupaten Mahakam Ulu menuju daerah yang lebih hulu yaitu jalan poros dari ibukota yaitu Ujoh Bilang itu terus menuju ke Kecamatan Long Pahangai. Kemudian dari Kecamatan Long Apari yang berbatasan langsung dengan negara Malaysia.

Begitu besarnya manfaat kehadiran regulasi peraturan daerah Kabupaten Mahakam Ulu tentang perlindungan dan izin tenaga kesehatan ini sehingga dalam menciptakan budaya sehat, tentu saja manfaatnya ada 2 (dua), yaitu:

- (1) Manfaat dalam membangun kesadaran hukum bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas. Sehingga kedepan tenaga kesehatan di wilayah Kabupaten Mahakam Ulu timbul kesadaran sendirinya dalam menjalankan tugas dengan penuh tanggungjawab dalam melayani kepada masyarakat. Melalui upaya ini Pemerintah Daerah memiliki dasar hukum yang kuat untuk melaksanakan upaya-upaya itu.
- (2) Manfaat langsung yaitu, kehadiran Pemerintah Daerah bagi masyarakat tentunya memiliki nilai lebih, karena masyarakat berpandangan bahwa ada perbedaan sebelum ada pemekaran dan sesudah pemekaran Kabupaten Mahakam Ulu yang dulunya masih bagian dari Kabupaten Kutai Barat. Termasuk pemenuhan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan dengan adanya perlindungan dan izin sebagai tenaga kesehatan dalam berpraktik.

Manfaat yang paling diharapkan dari peraturan daerah yang dibentuk ini adalah memberikan kemudahan akses mendapat

pelayanan kesehatan, mudah memperoleh bantuan dari tenaga kesehatan. Kemudahan ini meruakan bagian dari kemanfaatan peraturan daerah yang dibentuk ini.

4.3. Pandangan Yuridis Terhadap Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan

Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Dalam Pasal 27 ayat (1) Tenaga Kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. Dalam ayat (2) disebutkan Tenaga Kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki.

Sedangkan dalam Pasal 29 Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jangka waktu tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Bab I Ketentuan Umum Pasal 1 Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan).

Berdasarkan Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan pasal 11 pengelompokan Tenaga Kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. tenaga medis meliputi dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis.
- b. tenaga psikologi klinis ialah psikolog klinis.
- c. tenaga keperawatan terdiri atas berbagai jenis perawat.
- d. tenaga kebidanan ialah bidan.
- e. tenaga kefarmasian meliputi apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.
- f. tenaga kesehatan masyarakat terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi, kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan, kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
- g. tenaga kesehatan lingkungan terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.
- h. tenaga gizi terdiri atas nutrisisionis dan dietisien.
- i. tenaga keterampilan fisik terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
- j. tenaga keteknisian medis terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/ optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis.
- k. tenaga teknik biomedika terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.
- l. tenaga kesehatan tradisional terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.
- m. tenaga kesehatan lain terdiri atas tenaga kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri yang membidangi urusan kesehatan.

Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik memiliki beberapa hak antara lain, yaitu berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional;
- b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya;
- c. menerima imbalan jasa;
- d. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
- e. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;
- f. menolak keinginan Penerima Pelayanan Kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan Standar Profesi, kode etik, standar pelayanan, Standar Prosedur Operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- g. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Sedangkan kewajiban yang harus dilaksanakan dan dipedomani antara lain, yaitu:

- (1) Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
 - b. memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
 - c. menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;

- d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
 - e. merujuk Penerima Pelayanan Kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai Kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
- (2) Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf d hanya berlaku bagi Tenaga Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perseorangan.

Ada yang menarik setelah adanya Putusan Mahkamah Konstitusi No.82/PUU-XIII/2015, terkait adanya perbedaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Mahkamah Konstitusi (MK) mengabulkan sebagian uji materi beberapa pasal UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yang dimohonkan Komunitas Kedokteran Indonesia (KKI). Dari 22 pasal yang diuji, Mahkamah Konstitusi hanya membatalkan empat pasal.

Mahkamah Konstitusi menyatakan Pasal 11 ayat (1) huruf a, Pasal 11 ayat (2), Pasal 90, dan Pasal 94 UU Tenaga Kesehatan terkait istilah tenaga medis dan keberadaan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) bertentangan dengan konstitusi, dan karena itu harus dinyatakan tidak berlaku. Pengujian 18 pasal lainnya ditolak. “Menyatakan Pasal 11 ayat (1) huruf a, Pasal 11 ayat (2), Pasal 90, Pasal 94 UU Tenaga Kesehatan bertentangan dengan UUD 1945 Tahun 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat,” ucap Ketua Majelis MK, Arief Hidayat saat membacakan putusan bernomor 82/PUU-XIII/2015 di Gedung MK, Rabu (14/12). Sebelumnya, Komunitas Kedokteran Indonesia yang terdiri dari Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB-IDI), Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB-PDGI), Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), dokter Mohammad Adib Khumaidi, dan Salamuddin mempersoalkan sekitar 22 pasal dalam UU

Tenaga Kesehatan. (Baca juga: Mantan Dirjen Dikti Ingin KKI Tetap Dipertahankan).

Ketentuan itu dinilai mengandung kesalahan atau kekeliruan konseptual karena mencampuradukkan tenaga medis (profesi dokter, dokter gigi) dan tenaga kesehatan lain tanpa membedakan mana tenaga profesi (dokter dan dokter gigi) dan mana tenaga vokasi (misalnya teknisi gigi).

Kesalahan konseptual ini dinilai pemohon bertentangan dengan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945. Pasal 34 ayat (3), misalnya, menyebutkan Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi yang dibentuk berdasarkan UU Praktik Kedokteran terancam akan diambil alih (dibubarkan) menjadi bagian dan di bawah Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI). Pemohon menganggap KTKI bekerja tanpa disumpah, tidak memiliki fungsi pengawasan (penegakan disiplin), dan tidak independen karena bertanggung jawab terhadap Menkes. Hal ini bentuk pencampuradukan atau penyamaan antara tenaga medis dan tenaga kesehatan yang mengacaukan sistem praktik kedokteran.

Para pemohon meminta MK tafsir bersyarat, seperti Pasal 11 ayat (1a) ditafsirkan 'istilah tenaga medis dikeluarkan pengaturan UU Tenaga Kesehatan'; menghapus istilah 'KTKI' atau diubah dengan 'Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia' dalam Pasal 34 ayat (3), Pasal 90 ayat (1), (2), (3), Pasal 94 UU Tenaga Kesehatan. Selain itu, frasa "uji kompetensi" dalam Pasal 1 angka 6, Pasal 21 ayat (1)-(6) harus dimaknai "ujian kelulusan akhir".

Dalam pertimbangannya, ahkamah menilai dokter dan dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran selain tunduk ketentuan hukum yang berlaku, juga harus mentaati ketentuan kode etik yang disusun organisasi profesi dan didasarkan disiplin ilmu kedokteran atau kedokteran gigi. Seperti, adanya Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang terdiri atas Konsil Kedokteran

dan Konsil Kedokteran Gigi dalam UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. “Sebagai institusi, dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dari dokter dan dokter gigi, Konsil Kedokteran Indonesia perlu dioptimalkan agar dapat bekerja secara optimal selaku pengawas eksternal yang independen dalam praktik kedokteran,” ujar Hakim Konstitusi Patrialis Akbar saat membacakan pertimbangan putusan.

Mahkamah menerangkan profesi dokter dan dokter gigi dianggap mempraktikkan ilmu kedokteran secara harfiah dibandingkan dengan profesi-profesi perawatan kesehatan terkait. “Profesi kedokteran adalah struktur sosial dan pekerjaan sekelompok orang yang dididik secara formal serta diberikan wewenang menerapkan ilmu kedokteran. Di berbagai negara dan wilayah hukum terdapat batasan hukum siapa yang berhak mempraktikkan ilmu kedokteran atau bidang kesehatan terkait,” terangnya. Karenanya, profesi kedokteran memiliki kekhasan tersendiri yang berbeda dengan tenaga kesehatan pada umumnya seperti diatur UU No. 36 Tahun 2014. Dengan kata lain, meskipun dokter dan dokter gigi sebagai ‘tenaga medis’ adalah bagian dari tenaga kesehatan, tetapi karena kekhususannya terutama berkenaan dengan keberadaan KKI dan uji kompetensi dokter, ternyata materi itu telah diatur khusus dalam UU Praktik Kedokteran. “ Karena itu, menurut Mahkamah seharusnya sepanjang menyangkut KKI dan uji kompetensi (uji kompetensi dokter) tidak diatur dalam UU Tenaga Kesehatan.⁴⁴

Tuntutan hukumberawal dari rasa ketidakpuasan pasien terhadap tindakan dokter(dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) dalam menjalankan praktik kedokterannya serta meluas kepadatingkat rumah sakit.

⁴⁴ K Cabut Istilah ‘Tenaga Medis’ dan ‘KKI’ dari UU Tenaga Kesehatan <https://www.hukumonline.com/berita/baca/lt5851234771b7e/mk-cabut-istilah-tenaga-medis-dan-kki-dari-uu-tenaga-kesehatan/>, di akses pada tanggal 9 Juli 2021, 07.56 AM.

Rumah sakit memiliki kewajiban dalam menyediakan sarana dan prasarana dalam rangka pelayanan kesehatan serta mengatur segala hal yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit”.

Melihat beberapa perundang-undangan diatas maka Dokter atau tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan tugasnya penuh dengan risiko, karena kemungkinan pasien cacat bahkan meninggal dunia setelah ditangani dokter atau tenaga dapat saja terjadi, walaupun dokter telah melakukan tugasnya sesuai dengan Standar Profesi, Standard Operating Procedure (SOP) dan/atau Standar Pelayanan Medis yang baik. Keadaan semacam ini seharusnya disebut dengan risiko medik, dan risiko ini terkadang dimaknai oleh pihak-pihak diluar profesi kedokteran sebagai *medical malpractice* “.⁴⁵

⁴⁵ Syahrul Machmud, Penegakan Hukum Dan Perlindungan Hukum Bagi Dokter Yang Diduga Melakukan Medikal Malpraktek (Bandung: Mandar Maju, 2008), hlm. 1

BAB V

ARAH, JANGKAUAN, DAN RUANG LINGKUP PENGATURAN PERLINDUNGAN DAN IZIN TENAGA KESEHATAN KABUPATEN MAHAKAM ULU

5.1. Jangkauan Pengaturan Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan

Pengaturan perlindungan dan izin tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu, menjangkau:

1. Jangkauan kewilayahan adalah meliputi seluruh wilayah administrasi Kabupaten Mahakam Ulu.
2. Jangkauan subyek, bahwa jangkauan pengaturan ini diberlakukan kepada seluruh tenaga kesehatan baik yang menjadi ASN maupun non ASN di Kabupaten Mahakam Ulu, termasuk izin yang diberikan.

5.2. Arah Pengaturan Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan

Arah yang ditentukan dari kebijakan regulasi daerah Kabupaten Mahakam Ulu untuk mengatur Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan, sebagai berikut:

1. Arah Perlindungan

Tenaga Kesehatan atau tenaga medis yang berada di wilayah Kabupaten Mahakam Ulu dalam menjalankan tugas dengan baik ASN maupun non ASN diberikan perlindungan hukum sepanjang menjalankan tugas dengan sesuai prosedur keprofesian yang ditentukan.

2. Arah Pemberian Izin

Sesuai kewenangan izin tenaga kesehatan merupakan kewenangan atributif Pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu baik ASN maupun Non ASN wajib memiliki izin apabila menjalankan tugas pelayanan sendiri (praktek) sesuai kualifikasi dan keprofesian tenaga kesehatan atau tenaga medis.

5.3. Ruang Lingkup Pengaturan Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan

5.3.1. Judul: Perlindungan dan Izin Tenaga Kesehatan

5.3.2. Konsideran Menimbang

- a. bahwa Tenaga Kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sebagaimana telah dijamin Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. bahwa Pemerintah Daerah memiliki tanggungjawab dalam memberikan perlindungan Tenaga Kesehatan memberikan jasanya untuk mengabdikan dalam melayani kesehatan kepada masyarakat;
- c. bahwa Tenaga Kesehatan diperlukan izin dari Pemerintah Daerah sebagai bentuk jaminan kepastian dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat;

5.3.3. Konsideran Mengingat

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah-daerah Otonom Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 65, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1106);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

5. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2013 Tentang Pembentukan Kabupaten Mahakam Ulu di Provinsi Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 17, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5395);
6. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5657), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 290, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2018 tentang Manajemen Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6264);
10. Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 208);

5.3.4. Ketentuan Umum

1. Daerah adalah Kabupaten Mahakam Ulu;

2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom;
3. Bupati adalah Bupati Mahakam Ulu;
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disingkat DPRD adalah Lembaga Perwakilan Rakyat Daerah yang berkedudukan sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah di Kabupaten Mahakam Ulu;
5. Perlindungan adalah upaya yang dilakukan untuk memberikan jaminan hukum dan kesejahteraan kepada Tenaga Kesehatan.
6. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
7. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
8. Kompetensi adalah pengetahuan, kemampuan, ketrampilan, legalitas dan perilaku profesional yang ada pada Tenaga Kesehatan.
9. Uji Kompetensi adalah suatu proses untuk mengukur pengetahuan, keterampilan, dan sikap Tenaga Kesehatan sesuai dengan standar profesi.

10. Sertifikat Kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap kompetensi seseorang Tenaga Kesehatan untuk dapat menjalankan praktik dan/atau pekerjaan profesinya di seluruh Indonesia setelah lulus Uji Kompetensi.
11. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Tenaga Kesehatan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lainnya serta diakui secara hukum untuk menjalankan praktik dan/atau pekerjaan profesinya.
12. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disebut STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil atau pemerintah kepada Tenaga Kesehatan yang telah memiliki sertifikat kompetensi.
13. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disebut SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kepada Tenaga Kesehatan yang sudah memenuhi persyaratan untuk praktik mandiri.
14. Praktik Kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.
15. Praktik Mandiri adalah pekerjaan profesional yang didasari oleh landasan ilmu atau teori yang kokoh dan dengan pendekatan ilmiah dalam penyelesaian masalah kesehatan dan dilakukan oleh seorang yang mempunyai keahlian dan kewenangan tertentu dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, dilakukan secara mandiri dan menggunakan kode etik dan ketentuan perundangan sebagai landasan melaksanakan praktik.
- 16 Standar Profesi adalah batasan kompetensi minimal yang harus dikuasai dan dimiliki oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada

masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi bidang medis dan kesehatan.

17. Standar Pelayanan Profesi adalah pedoman yang harus diikuti oleh Tenaga Kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan.
18. Organisasi Profesi adalah wadah masyarakat ilmiah dalam suatu disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan.
19. Penerima Pelayanan Kesehatan adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada Tenaga Kesehatan

5.3.5. Asas-asas

- a. Perlindungan adalah mengutamakan pada pemenuhan hak dan kewajiban, termasuk adanya peristiwa yang menyebabkan kerugian kepada tenaga kesehatan yang berakibat pada terhambatnya aktivitas pelayanan kesehatan.;
- b. Kepastian adalah dalam memberikan perlindungan dan izin tenaga kesehatan terjamin dalam peraturan perundang-undangan;
- c. Kemanfaatan adalah perlindungan dan izin tenaga kesehatan mampu memberikan manfaat kepada tenaga kesehatan;
- d. Profesional adalah seseorang yang memiliki profesi atau pekerjaan yang dilakukan dengan memiliki kemampuan yang tinggi dan berpegang teguh kepada nilai moral yang mengarahkan serta mendasari perbuatan;
- e. penguatan kelembagaan dan kerja sama adalah perlindungan diupayakan untuk memperkuat kelembagaan tenaga kesehatan demikian pula

perizinannya perlu diadakan karena kewenangan atributif menjadi haknya pemerintah Kabupaten Mahakam Ulu;

- f. transparansi adalah pelaksanaan perlindungan dan izin tenaga kesehatan dapat diakses oleh masyarakat.;
- g. tidak diskriminatif adalah perlakuan Tenaga Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat;

5.3.6. Tujuan

Tujuan Perlindungan dan izin tenaga kesehatan, adalah:

- a. Terjaminnya Tenaga Kesehatan dalam menjalankan tugas pelayanan kepada masyarakat;
- b. Profesionalitas tenaga kesehatan diharapkan meningkat karena adanya hak dan kewajiban yang berusaha untuk dipenuhi.
- c. Terkendalinya Tenaga Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pembinaan sebagai bagian dari perlindungan dan izin yang diberikan.

5.3.7. Perlindungan Tenaga Kesehatan

1. Jenis Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan yang bertugas dan membuka praktik di wilayah Kabupaten Mahakam Ulu diberikan perlindungan hukum. Tenaga Kesehatan yang diberi perlindungan hukum sebagai berikut:

- 1. Tenaga Medis, meliputi:
 - a. Dokter Umum;
 - b. Dokter Gigi;
 - c. Dokter Spesialis;
 - d. Dokter Gigi Spesialis;
- 2. Tenaga Psikologi Klinis
- 3. Tenaga Kebidanan

4. Tenaga Keperawatan
5. Tenaga Kefarmasian, meliputi:
 - a. Apoteker
 - b. Tenaga Teknis Kefarmasian.
6. Tenaga Kesehatan Masyarakat, meliputi:
 - a. Epidemiologi Kesehatan;
 - b. Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku;
 - c. Pembimbing Kesehatan Kerja;
 - d. Tenaga Administrasi dan Kebijakan Kesehatan;
 - e. Tenaga Biostatistik dan Kependudukan;
 - f. Tenaga Kesehatan Reproduksi dan Keluarga.
7. Tenaga Kesehatan Lingkungan, meliputi:
 - a. Tenaga Sanitasi Lingkungan;
 - b. Entomolog Kesehatan;
 - c. Mikrobiolog Kesehatan.
8. Tenaga Gizi, meliputi:
 - a. Nutrisionis
 - b. Dietsien
9. Tenaga Keterampilan Fisik, meliputi:
 - a. Fisioterapis;
 - b. Okupasi Terapis;
 - c. Terapis Wicara;
 - d. Akupuntur.
10. Tenaga Keteknisan Medis, meliputi:
 - a. Perkam Medis dan Informasi Kesehatan;
 - b. Teknis Kardiovaskular;
 - c. Teknis Pelayanan Darah;
 - d. Refraksionis Optisen – Otometri;
 - e. Teknisi Gigi;
 - f. Penata Anestesi;
 - g. Terapis Gigi dan Mulut;
 - h. Audiologis

11. Tenaga Teknis Biomedika, meliputi:
 - a. Radiofrafer;
 - b. Elektromedis;
 - c. Ahli Teknologi Laboratorium Medik;
 - d. Fisikawan Medik;
 - e. Radioterapis;
 - f. Ortotik Prostetik
12. Tenaga Kesehatan Tradisional, meliputi:
 - a. Kesehatan Tradisional Ramuan.
 - b. Kesehatan Tradisional Keterampilan.

2. Bentuk Perlindungan

Tenaga Kesehatan yang pengadaan dan pengangkatan oleh Pemerintah Daerah bertanggungjawab memberikan perlindungan. Bentuk perlindungan ditentukan, yaitu:

- a. Perlindungan Hukum
- b. Perlindungan kesejahteraan

Perlindungan hukum diberikan berupa advokasi dan mediasi. Perlindungan hukum diberikan kepada Tenaga Kesehatan yang melakukan tugasnya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional. Perlindungan hukum advokasi diberikan kepada Tenaga Kesehatan yang menjalani proses hukum litigasi. Perlindungan hukum mediasi diberikan kepada Tenaga Kesehatan, dalam menjalani proses hukum non litiasi.

3. Penyelesaian Perselisihan

Dalam hal Tenaga Kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya yang menyebabkan kerugian kepada pasien, perselisihan yang timbul akibat kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui penyelesaian sengketa di luar pengadilan (non litigasi) yaitu mediasi sesuai dengan

peraturan perundang-undangan. Penyelesaian sengketa di luar pengadilan tidak menghilangkan hak setiap orang untuk melaporkan setiap Tenaga Kesehatan yang diduga melakukan tindak pidana sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelesaian sengketa di luar pengadilan diatur dalam Peraturan Bupati.

4. Pembinaan

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya melakukan pembinaan Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan warga negara asing dengan melibatkan organisasi profesi. Pembinaan diarahkan untuk:

- a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan warga negara asing;
- b. melindungi penerima pelayanan kesehatan dan masyarakat atas tindakan yang dilakukan Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan warga negara asing;
- c. memberikan kepastian hukum bagi masyarakat, Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan warga negara asing; dan
- d. memantau dan mengevaluasi kegiatan yang berkaitan dengan pendayagunaan Tenaga Kesehatan, dan Tenaga Kesehatan warga negara asing agar menjalankan fungsinya sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan, diatur dalam Peraturan Bupati.

5.3.8. Izin Tenaga Kesehatan

1. Jenis Izin Tenaga Kesehatan

Setiap Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan wajib memiliki izin praktek kesehatan dari Pemerintah Daerah. Pelayanan kesehatan yang memerlukan izin praktek ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Izin Tenaga Kesehatan yang wajib memiliki izin ditentukan berdasarkan jenis praktek Tenaga Kesehatan. Jenis Praktek kesehatan memerlukan izin.

2. Persyaratan Izin

Tenaga Kesehatan dalam mengajukan izin praktek selain memiliki ijazah pendidikan formal, disertai dengan ijazah profesi atau keahlian. Tenaga Kesehatan sebelum mengajukan izin, telah memiliki lisensi dari organisasi profesi. Tenaga Kesehatan yang mengajukan izin praktik, wajib membuat surat permohonan kepada Bupati. Surat permohonan disertakan lisensi dari organisasi profesi dan rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Mahakam Ulu. Izin Tenaga Kesehatan berlaku sesuai dengan masa berlaku Surat Tanda Registrasi Profesi Kesehatan. Mekanisme pengajuan izin bagi Tenaga Kesehatan selanjutnya diatur dengan Peraturan Bupati.

3. Perangkat Pelaksana Izin

Penerbitan izin Tenaga Kesehatan dilaksanakan oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Organisasi Pemerintah Daerah yang menangani perizinan.

Setiap Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik mandiri wajib memiliki SIP dan memasang papan nama praktik.

5.3.9. Hak dan Kewajiban

Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik dan/atau pekerjaan keprofesiannya berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi dan standar prosedur operasional;
- b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari penerima pelayanan kesehatan dan keluarganya;
- c. menerima imbalan jasa berdasar kewajaran dan kepatutan;
- d. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
- e. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan karir dan profesinya; dan
- f. menolak keinginan Penerima Pelayanan Kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan standar profesi, kode etik, standar pelayanan, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tenaga Kesehatan dalam menjalankan pekerjaan dan/atau praktik keprofesiannya wajib:

- a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi serta kebutuhan kesehatan penerima pelayanan kesehatan;
- b. memperoleh persetujuan dari penerima pelayanan kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
- c. menjaga kerahasiaan kesehatan penerima pelayanan kesehatan;
- d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan dan tindakan yang dilakukan;

- e. merujuk penerima pelayanan kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai kompetensi dan kewenangan yang sesuai; dan
- f. atas kewajiban lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5.3.10. Pembinaan Praktik Keprofesian dan Penegakan Disiplin Tenaga Kesehatan

1. Pembinaan Praktik Keprofesian

Guna terselenggaranya praktik keprofesian Tenaga Kesehatan yang bermutu, dan dalam rangka perlindungan kepada masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang tidak profesional, perlu dilakukan pembinaan terhadap Tenaga Kesehatan. Pembinaan terhadap praktik keprofesian Tenaga Kesehatan dilakukan oleh Pemerintah Daerah bersama-sama dengan organisasi profesi. Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan terhadap praktik keprofesian Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Bupati.

2. Penegakan Disiplin Tenaga Kesehatan

Guna menyelenggarakan fungsi penegakan disiplin Tenaga Kesehatan dalam penyelenggaraan pekerjaan dan/atau praktik keprofesiannya, Bupati dapat menerima pengaduan, memeriksa dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin Tenaga Kesehatan. Dalam melaksanakan fungsi menerima pengaduan, memeriksa dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin, Bupati bekerja sama dengan organisasi profesi dan/atau lembaga yang berwenang dalam penegakan disiplin Tenaga Kesehatan. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, Bupati dapat memberikan sanksi disiplin berupa:

- a. pemberian peringatan tertulis; dan
- b. pencabutan SIP.

Ketentuan lebih lanjut mengenai penegakan disiplin Tenaga Kesehatan diatur dalam Peraturan Bupati.

5.3.11. Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Dan Standar Prosedur Operasional

Setiap Tenaga Kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional. Standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional menjadi acuan dalam menjalankan tugas dan fungsi Tenaga Kesehatan serta dalam rangka meningkatkan profesionalisme Tenaga Kesehatan. Ketentuan lebih lanjut mengenai standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional Tenaga Kesehatan, diatur dalam Peraturan Bupati.

5.3.12. Larangan

Setiap Tenaga Kesehatan dilarang memberikan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menggunakan metode atau tata cara pengobatan non-konvensional yang belum ditetapkan sebagai metode pengobatan oleh Menteri Kesehatan

Setiap orang dilarang menggunakan identitas berupa gelar atau bentuk identitas lain seolah-olah yang bersangkutan merupakan Tenaga Kesehatan yang kompeten dan berwenang untuk memberikan pelayanan kesehatan.

5.3.13. Sanksi Administrasi

Tenaga Kesehatan melanggar kewajinan sebagai tenaga kesehatan, dan larangan, dikenakan sanksi administrasi. Tenaga Kesehatan melanggar dikenakan sanksi administrasi, berupa:

- a. Peringatan lisan
- b. Peringatan tertulis
- c. Pencabutan sementara izin;

- d. Pencabutan Isin;
- e. Penutupan atau penyegelan tempat usaha; dan/ atau
- f. Denda administratif.

5.3.14. Ketentuan Peralihan

Sejak disahkan Peraturan Daerah ini, maka paling lambat 6 (enam) bulan seluruh penyelenggaraan pelayanan publik wajib menyesuaikan dengan Peraturan Daerah ini.

BAB VI

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan pada pembahasan yang telah disajikan pada bab-bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan:

1. bahwa Regulasi daerah Kabupaten Mahakam Ulu belum ada mengatur khusus mengatur tentang Perlindungan dan izin tenaga kesehatan.
2. bahwa tenaga kesehatan di Kabupaten Mahakam Ulu perlu untuk diberikan proteksi perlindungan hukum bagi mereka dalam menjalankan tugas sepanjang memegang tugas tersebut sesuai dengan keprofesian, dan standar prosedur yang ditentukan.
3. bahwa untuk tenaga kesehatan yang berkeinginan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat secara khusus (pribadi), maka perlu untuk diatur sedemikian rupa pengaturan izin tenaga kesehatan.

6.2. Saran/Rekomendasi

- a. Agar dalam memerikan jaminan kepastian hukum dalam perlindungan dan izin bagi tenaga Kesehatan penting untuk menindaklanjuti dari peraturan daerah yang dibentuk ini dengan membentuk peraturan Bupati atau Kepala Daerah yang mengatur pelaksanaan dan teknis terkait kedua hal tersebut.
- b. Sebaiknya agar peraturan yang dibentuk dalam pemberian perlindungan dan izin tenaga kesehatan berlaku secara cepat dan efektif, maka dibutuhkan waktu ideal paling lama 6 (enam) bulan untuk membentuk peraturan pelaksanaan tersebut.
- c. aturan pelaksanaan terkait dengan izin agar dibuat serinci mungkin agar tenaga kesehatan benar-benar terjamin

kualifikasi dan kompetensi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

- d. Pelaksanaan perlindungan perlu untuk ditindaklanjuti bentuk tanggungjawab dan prosedur dalam memberikan perlindungan khususnya perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan.