**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. Latar Belakang

Di beberapa negara, sektor kesehatan adalah bagian terpenting dari perekonomian. Sebagian melihatnya seperti sponge-menyerap sebagian besar sumber keuangan negara untuk membayar tenaga kerja kesehatan. Sebagaian lainnya melihatnya sebagai sebuah penggerak ekonomi melalui inovasi dan investasi dalam teknologi biomedik atau memproduksi dan menjual obat-obatan, atau pemeliharaan kesehatan penduduknya yang secara ekonomi produktiv. Sebagian warga bersentuhan dengan sektor kesehatan sebagai pasien atau klien sebagai pengguna rumah sakit, klinik atau apotik. Sebagian lagi sebagai profesional kesehatan seperti ners, dokter, staf medik, apoteker atau menejer. Sebab alamiah pembuatan kebijakan kesehatan sering melibatkan perkara kehidupan dan kematian. Kesehatan disepakati sebagai sebuah posisi istimewa dibandingkan isu sosial lainnya. Kebijakan kesehatan membantu kita untuk memecahkan masalah kesehatan yang besar seperti meningkatnya obesitas, epidemi HIV/AIDS, resistensi obat. Disamping itu membantu memahami bagaimana dampak kebijakan ekonomi dan kebijakan lainnya terhadap kesehatan. Kebijakan kesehatan memberi petunjuk dalam memilih teknologi kesehatan yang akan dikembangkan dan digunakan, bagaimana mengatur dan mendanai pelayanan kesehatan, atau obat-obat apa saja yang bebas didapat.

Kebijakan publik mengacu pada kebijakan pemerintah. Sebagai contoh, Thomas Dye (2001) dalam Buse *et al* (2005) mengatakan bahwa kebijakan publik adalah apapun yang pemerintah pilih untuk dilakukan atau tidak dilakukan*.* Kebijakan sering dianggap sebagai keputusan yang diambil oleh mereka dengan tanggung jawab untuk bidang kebijakan tertentu misalnya kesehatan atau lingkungan, pendidikan dan perdagangan. The people who make policies are referred to as *policy makers* kadang disebut *policy elite.* Sebagai contoh, *policy elites* di pemerintahan mungkin termasuk anggota Kabinet Perdana Menteri, yang semuanya akan dapat menghubungi dan bertemu para eksekutif puncak sebuah perusahaan multinasional atau lembaga internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Kebijakan kesehatan meliputi program aksi (dan bukan aksi) yang mempengaruhi seperangkat institusi, organisasi, pelayanan dan pengaturan pendanaan dari sistem perawatan kesehatan (baik negeri maupun swasta).

*Kebijakan kesehatan* dapat mencakup kebijakan publik dan private tentang kesehatan. Dalam buku ini, kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkul program aksi (dan kelambanan) yang mempengaruhi seperangkat institusi, organisasi, pelayanan dan pengaturan pendanaan sistem kesehatan. Ini mencakup kebijakan yang dibuat di sektor publik (pemerintah) serta kebijakan di sektor swasta. Tetapi karena kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor di luar sistem kesehatan, analis kebijakan kesehatan juga tertarik pada tindakan dan dimaksudkan tindakan organisasi eksternal ke sistem kesehatan yang berdampak pada kesehatan (misalnya, industri makanan, tembakau atau farmasi) . Seperti halnya ada berbagai definisi tentang kebijakan, ada banyak ide tentang analisis kebijakan kesehatan, dan fokusnya: ekonom mungkin mengatakan kebijakan kesehatan adalah tentang alokasi sumber daya yang langka untuk kesehatan; perencana melihatnya sebagai cara untuk mempengaruhi faktor-faktor penentu kesehatan dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat; dan bagi dokter itu adalah semua tentang pelayanan kesehatan (Walt 1994). Untuk Walt, kebijakan kesehatan ini identik dengan politik dan berhubungan secara eksplisit dengan yang mempengaruhi pembuatan kebijakan, bagaimana mereka menggunakan pengaruh itu, dan dalam kondisi apa.

Segitiga kebijakan kesehatan (*health policy triangle*) adalah pendekatan yang sangat disederhanakan untuk satu set kompleks antar-hubungan, dan dapat memberikan kesan bahwa empat faktor dapat dianggap secara terpisah. Hal ini tidak begitu, pada kenyataannya aktor dipengaruhi (sebagai individu atau anggota kelompok atau organisasi) oleh konteks di mana mereka tinggal dan bekerja; konteks dipengaruhi oleh banyak faktor seperti ketidakstabilan atau ideologi, oleh sejarah dan budaya; dan proses pembuatan kebijakan - bagaimana isu-isu naik ke agenda kebijakan, dan bagaimana tarif mereka ada - dipengaruhi oleh aktor, posisi mereka dalam struktur kekuasaan, *nilai-nilai* mereka sendiri dan *harapan*. Dan isi dari kebijakan mencerminkan beberapa atau semua dimensi.



**Gambar 1.** Segitiga analisis kebijakan

Sumber: Walt dan Gilson (1994) dalam Buse *et al* (2005)

Jadi, segitiga kebijakan ini berguna untuk membantu berpikir sistematis tentang semua faktor yang berbeda yang mungkin mempengaruhi kebijakan, seperti sebuah peta yang menunjukkan jalan utama tetapi belum memiliki kontur, sungai, hutan, jalan dan tempat tinggal ditambahkan. Konteks mengacu pada faktor-faktor sistemik (politik, ekonomi dan sosial, baik nasional maupun internasional) yang mungkin memiliki efek pada kebijakan kesehatan. *Triangle policy* dapat digunakan baik secara *retrospektif* untuk menganalisis kebijakan masa lalu, dan *prospektif* untuk membantu merencanakan bagaimana mengubah kebijakan yang ada.

Proses mengacu pada cara di mana kebijakan dimulai, dikembangkan atau dirumuskan, dinegosiasikan, dikomunikasikan, diimplementasikan dan dievaluasi. Tahap-tahap pembuatan kebijakan meliputi (Buse *et al*, 2005):

1. *Identifikasi masalah dan pengakuan masalah:* mengeksplorasi bagaimana isu-isu naik ke agenda kebijakan, mengapa beberapa masalah bahkan tidak dapat dibahas.
2. *Perumusan kebijakan:* mengeksplorasi yang terlibat dalam merumuskan kebijakan, bagaimana kebijakan yang ada disepakati, dan bagaimana mereka dikomunikasikan.
3. *Implementasi kebijakan:* ini adalah fase yang paling sering diabaikan pembuatan kebijakan dan kadang-kadang dilihat secara terpisah dari dua tahap pertama.
4. *Evaluasi kebijakan:* mengidentifikasi apa yang terjadi setelah kebijakan diberlakukan, apakah kebijakan itu mencapai tujuannya dan apakah memiliki konsekuensi tidak dipilih menjadi sebuah kebijakan. Hal ini mungkin menjadi tahap di mana kebijakan mengubah atau dihentikan dan kebijakan baru yang diperkenalkan.

Distribusi kekuasaan akan bergantung pada isu kebijakan yang signifikan dan sistem politik di mana kebijakan tersebut sedang dibuat. Meskipun telah ada perdebatan panjang tentang cara yang di mana keputusan kebijakan dibuat, antara rasionalis di satu sisi dan incrementalists di sisi lain, peran yang dimainkan kekuasaan dalam pengambilan keputusan tak terbantahkan. Peran rasional sering digambarkan sebagai preskriptif (bagaimana kebijakan harus dibuat) dan sebagai deskriptif (bagaimana kebijakan benar-benar dibuat). Pembuatan kebijakan kesehatan harus memahami kepentingan berbagai aktor dan cara dimana mereka memegang kekuasaan karena penting bagi setiap usaha untuk mempengaruhi proses tersebut.

Negara memainkan peran sentral dalam mengalokasikan sumber daya di antara prioritas kesehatan yang bersaing dan dalam mengatur berbagai kegiatan yang menimpa kesehatan. Mills dan Ranson (2005) telah mengidentifikasi mekanisme peraturan berikut yang telah diterapkan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Untuk mengatur jumlah dan distribusi jasa, negara membuat kebijakan berupa:

1. Membuat kebijakan tentang tenaga kesehatan berlisensi (di semua negara) dan fasilitas kesehatan (semakin umum untuk rumah sakit)
2. Kontrol terhadap jumlah penempatan tenaga kesehatan seperti dokter di daerah tertentu, pembatasan jumlah tempat berpraktik dokter hanya pada tiga tempat (misalnya di Indonesia)
3. Memberikan insentif yang tinggi untuk bekerja di daerah pedesaan (banyak negara untuk dokter dan bidan)

Aktor utama dalam perencanaan kebijakan dapat melibatkan pemerintah tingkat nasional/negara, propinsi dan kabupaten, pendonor dan agen pembangunan dengan tingkat partisipasi dari masyarakat sipil yang sangat terbatas (Gopalan *et al*, 2011).

Analisis mengandung tujuan dan relasi yang berbeda dengan proses kebijakan (Parson, 2008). Analisis kebijakan mencakup (Parson, 2008; Gopalan *et al*, 2011):

1. Determinasi kebijakan: analisis yang berkaitan dengan cara pembuatan kebijakan, mengapa, kapan, dan untuk siapa kebijakan dibuat;
2. Isi kebijakan: analisis ini mencakup deskripsi tentang kebijakan tertentu dan bagiamana ia berkembang dalam hubungannya dengan kebijakan sebelumnya, atau analisis ini bisa juga didasari oleh informasi yang disediakan oleh kerangka nilai/teoritis yang mencoba memberikan kritik terhadap kebijakan.
3. Monitoring dan evaluasi kebijakan: fokus analisis ini mengkaji bagaimana kinerja kebijakan dengan mempertimbangkan tujuan kebijakan, dan apa dampak kebijakan terhadap suatu persoalan tertentu.



Gambar 1. Framework Proses Analisis Kebijakan Kesehatan (Gopalan *et al*, 2011)

1. Tujuan
	1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis proses pembuatan kebijakan

* 1. Tujuan Khusus
		1. Menganalisis konteks sebuah kebijakan
		2. Menganalisis aktor dalam perumusan dan pembuatan ebuah kebijakan
		3. Menganalisis proses perumusan dan pembuatan sebuah kebijakan
		4. Menganalisis konten/isi sebuah kebijakan
		5. Menganalisi dampak dari sebuah kebijakan

**BAB II**

**PEMBAHASAN**

1. Kajian Kebijakan
	1. Kajian Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
		1. Determinasi Kebijakan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan secara umum mengatur tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional, setiap upaya pembangunan harus berwawasan kesehatan. Apakah kehadiran undang-undang ini tujuan tersebut akan tercapai? Apakah masalah kesehatan masyarakat akan terpecahkan? Untuk menjawab pertanyaan tersebut dilakukan analisis kebijakan dengan menggunakan pendekatan prospektif.

1. Masalah Dasar
	1. Macam Masalah
		1. Masalah publik merupakan masalah yang membangkitkan minat banyak pihak untuk melakukan sesuatu guna mengatasinya, masalah yang memiliki dampak yang luas, dan mencakup konsekuensi bagi orang- orang yang tidak secara langsung terlibat. Masalah publik di sektor kesehatan meliputi:
			1. tingginya angka kemiskinan ditengah semakin tingginya pembiayaan kesehatan;
			2. rendahnya mutu dan aksesibiltas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan;
			3. rendahnya derajat kesehatan masyarakat;
			4. rendahnya kesadaran hidup sehat dari masyarakat yang didominasi kelompok masyarakat ekonomi menengah ke bawah;
			5. kegagalan pemerintah melakukan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (*communicable disease*) ditambah dengan berkembangnya penyakit tidak menular (*non communicable disease*) sebagai *new emerging disease*.
		2. Masalah privat merupakan masalah-masalah yang mempunyai akibat /dampak terbatas terhadap satu atau beberapa orang yang terlibat secara langsung. Bersifat relative karena masalah private dapat menjadi masalah publik bila individu/seseorang mampu mempengaruhi masyarakat melalui tindakan yang dilakukan oleh individu tersebut. Masalah privat yang diatur dalam Undanr-undang ini adalah hak dan kewajiban setiap orang untuk meningkatkan derajat kesehatan:
			1. upaya untuk membatasi tempat-tempat untuk merokok;
			2. hak untuk kesehatan reproduksi;
			3. kewajiban untuk menjaga perempuan dari tindakan abortus, dll.
	2. Tata Nilai

Tata nilai yang diatur dalam Undang-undang Kesetahan ini adalah:

* + 1. Nilai moral yaitu jaminan dan perlindungan terhadap setiap orang/masyarakat untuk hidup sehat secara mandiri yang menungkinkan untuk hidup secara sosial dan ekonomis.
		2. Nilai soaial budaya dan agama bahwa setiap upaya pelayanan kesehatan tidak boleh bertentangan dengan budaya dan norma kegamaan, serta memiliki fungsi sosial.
		3. Nilai keadilan terkait dengan akses bagi setiap orang/masyarakat dan pemerataan terhadap pelayanan kesehatan.
		4. Nilai teknikal adalah bahwa pelayanan kesehatan harus sesuai dengan standar operasional prosedur, standar pelayanan minimal dan etika profesi.
1. Konteks

Konteks mengacu ke faktor sistematis seperti politk, ekonomi dan sosial, nasional dan internasional yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan. Konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti: ketidak‐stabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya; serta proses penyusunan kebijakan yang meliputi bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan, dan bagaimana isu tersebut dapat berharga (Buse *et al*, 2005). Lahirnya Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 dilatarbelakangi oleh beberpa faktor berikut:

* 1. Faktor situasional merupakan kondisi yang tidak tetap dan dapat mempengaruhi kebijakan. Faktor situasional yang melatarbelakangi lahirnya undang-undang ini adalah:
		1. Akhir masa jabatan DPR;
		2. Bencana alam Tsunami di Aceh pada akhir tahun 2004;
		3. Krisis ekonomi: kemiskinan;
		4. Globalisasi, AFTA
	2. Faktor budaya (nilai-nilai yang dianut dalam masyarakat):
		1. Nilai gotong royong, kekeluargaan.
		2. Nilai keagamaan.
		3. UUD 1945 pasal 20, pasal 28H (1) dan pasal 34 (3).
	3. Faktor eksogenal/internasional:
		1. Berlakunya perdagangan bebas termasuk dalam hal tenaga asing.
		2. Isu internasional dalam pelayanan kesehatan yang berfokus pada *customer focus*: hak pasien, *patient safety*.
1. Aktor Yang Terlibat Dalam Pembuatan Kebijakan

Ada beberapa aktor yang terlibat dan berkepentingan dengan kebijakan/Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, antara lain:

* + - 1. Dokter (Dokter umum dan spesialis).
			2. Dokter Gigi (Dokter gigi umum dan spesialis).
			3. Apoteker dan sarjana farmasi.
			4. Perawat, Perawat Gigi, dan Bidan.
			5. Tenaga kesehatan lainnya seperti: tenaga keteknisian medis, fisioterapi, sanitarian, ahli gizi, epidemiolog, administrator kesehatan.
			6. Lembaga Pemerintah seperti: DPR RI, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Hukum dan HAM, Kepolisisan Negara Republik Indonesia, Kementerian Keuangan.
			7. Lembaga Non Pemerintah seperti: Organisasi institusi pelayanan kesehatan seperti: PERSI, ARSADA, KARS. Lembaga Pemerhati Masalah Kesehatan (LSM Kesehatan),
			8. Lembaga/Organisasi Profesi Kesehatan seperti: Organisasi profesi dokter, IDI (Ikatan Dokter Indonesia), Organisasi profesi dokter gigi, PDGI (Persatuan Dokter Gigi Indonesia), Organisasi profesi perawat, PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), IBI (Ikatan Bidan Indonesia)
			9. Kelompok agama.
			10. Kelompok perusahaan obat dan alat kesehatan.
			11. Kelompok perusahaan rokok dan tembakau.
			12. Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI).
			13. Institusi Perguruan Tinggi
1. Isu Publik

Isu publik yang mengemuka di dalam Undang-undang nomor 36 tahun 2009 ini adalah:

* 1. Aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan masih rendah;
	2. Mutu sumber daya pelayanan kesehatan masih rendah;
	3. Tuntutan malpraktik tenaga kesehatan: dokter, perawat dan sarana pelayanan kesehatan;
	4. Pasien/masyarakat sebagai konsumen;
	5. Isu global program MDG’s: kesehatan ibu dan anak, pemberantasan penyakit HIV AIDS, malaria, TBC dan penyakit infeksi lainnya.
	6. Angka kemiskinan yang masih tinggi.
	7. Penyalahgunaan obat berbahaya dan zat adiktif lainnya cukup tinggi.
1. Tujuan yang ingin dicapai dalam kebijakan

Tujuan yang ingin dicapai dengan adanya Undang-undang kesehatan adalah untuk menciptakan tata nilai baru tentang upaya pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal yang terinci sebagai berikut:

* + - 1. Memberikan jaminan atas hak dan kewajiban serta tanggung jawab setiap orang dan pemerintah dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang optimal.
			2. Memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada setiap orang baik penerima maupun pemberi pelayanan kesehatan.
			3. Mempertahankan dan meningkatkan mutu serta aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan.

Secara normatif tujuan yang ingin dicapai oleh Undang-undang kesehatan ini sudah tepat dan sesuai sasaran.

1. Substansi/Isi Kebijakan
	1. Ciri Kebijakan

Ciri yang menonjol dalam kebijakan tentang kesehatan ini, adalah kebijakan regulatif dan protektif. Regulatif karena mengatur hak dan kewajiban setiap orang serta tanggung jawab pemerintah dalam rangka pencapaian derajat kesehatan yang optimal. Protektif karena kebijakan ini berupaya melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan sekaligus tenaga kesehatan selaku penyelenggara pelayanan kesehatan.

* 1. Kriteria Kebijakan
		1. Kebijakan ini mengatur perlindungan dan kepastian hukum kepada penerima dan pemberi jasa pelayanan kesehatan.
		2. Kebijakan ini mengatur penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan perorangan (UKP) dan upaya pelayanan kesehatan masyarakat (UKM)
	2. Tipe Pendekatan

Pendekatan yang digunakan dalam analisis kebijakan ini adalah:

* + 1. Pendekatan normatif

Pada dasarnya kebijakan ini menyesuaikan diri dengan nilai-nilai budaya masyarakat Indonesia yang dilandasi semangat gotong royong dan kekeluargaan serta bersifat universal. Dimana kesehatan merupakan hak azasi setiap orang yang dijamin dalam “*human right”* dan UUD 1945.

* + 1. Pendekatan prediktif-prospektif

Dengan adanya kebijakan ini diharapkan dapat meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh rakyat Indonesia sehingga derajat kesehatan masyarakat yang optimal dapat tercapai.

* 1. Substansi Undang-Undang

Secara umum, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 memuat aturan mengenai hak dan kewajiban setiap orang serta tanggung jawab pemerintah dalam rangka pencapaian derajat kesehatan:

* + 1. Hak setiap orang, meliputi:
1. Hak atas kesehatan (psl 4);
2. Hak yang sama atas akses terhadap sumber daya bidang kesehatan (psl 5:1);
3. Hak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau (psl 5:2);
4. Hak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya (psl 5:3);
5. Hak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan (psl 6);
6. Hak mendapatkan informasi dan edukasi kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab (psl 7);
7. Hak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah ataupun akan diterimanya dari tenaga kesehatan (psl 8).
8. Hak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap (psl 56: 1)
9. Hak atas atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan (psl 57).
10. Hak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya (psl 58: 1). Tuntutan ganti rugi tidak berlaku untuk tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat (psl 58: 2).
	* 1. Kewajiban setiap orang, meliputi:
11. Kewajiban mewujudkan, mempertahankan dan meningktakan derajat kesehatn yang setinggi-tingginya dalam bentuk upaya kesehatan perorangan, upaya kesehatan masyarakat dan pembangunan berwawasan kesehatan (psl 9);
12. Kewajiban menghormati hak orang lain dalam memperoleh lingkungan yang sehat, baik fisik, biologi, maupun sosial (psl 10);
13. Kewajiban berperilaku hidup sehat untuk mewujudkan, mempertahankan dan memajukan kesehatan yang setinggi-tingginya (psl 11);
14. Kewajiban menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan bagi orang lain (psl 12);
15. Kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial (psl 13:1) sebagaimana yang telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
	* 1. Tanggung jawab Pemerintah, meliputi:
16. Bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat;
17. Bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial (psl 15);
18. Bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya bidang kesehatan yang adil dan merata (psl 16);
19. Bertanggung jawab atas ketersediaan akses infiormasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan (psl 17);
20. Bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan (psl 18);
21. Bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien dan terjangkau (psl 19);
22. Bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi Usaha Kesehatan Perorangan (psl 20).
23. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif (psl 54: 1, 2).
24. Pemerintah wajib menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan (psl 55: 1)
25. Kewajiban Pemerintah mengatur dan mengawasi pelayanan kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan didasarkan pada keamanan, kepentingan, dan perlindungan masyarakat (61:2).
26. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana (psl 73).
27. Pemerintah wajib melindungi dan mencegah perempuan dari aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dan ayat (3) yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab serta bertentangan dengan norma agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan (psl 77).
28. Tanggung jawab pemerintah untuk menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan pelayanan keluarga berencana yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat (psl 78: 2).
29. Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya (psl 115: 2).
30. Pemerintah menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas, alat dan obat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu secara aman, bermutu, dan terjangkau (psl 126:3).
31. Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif (psl 129:1).
32. Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak (psl 130).
33. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis (138:2).
34. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis (139:2).
35. Pemerintah bertanggung jawab atas pemenuhan kecukupan gizi pada keluarga miskin dan dalam situasi darurat (psl 142:3).
36. Pemerintah bertanggung jawab terhadap pendidikan dan informasi yang benar tentang gizi kepada masyarakat (psl 142:3).
37. Pemerintah menjamin ketersediaan bahan imunisasi yang aman, bermutu, efektif, terjangkau, dan merata bagi masyarakat untuk upaya pengendalian penyakit menular melalui imunisasi (psl 153).
	1. Substansi Undang-undang Bab Per Bab Pasal Per Pasal
		1. Bab I: Ketentuan umum
			1. Pasal 1 (1) Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis;
			2. Pasal 1 (2) 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.
		2. Bab II: Azas dan tujuan pembangunan kesehatan
			1. Pasal 2 Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, pelindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama.
			2. 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.
		3. Bab V: Sumber daya di bidang kesehatan
38. Pasal 21 (1) Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan;
39. Pasal 22, Mengatur tentang kualifikasi minimum tenaga kesehatan
40. Pasal 23, Mengatur tentang kewenangan tenaga kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian, kewajiban memiliki izin dari pemerintah, larangan mengutamakan kepentingan materi.
41. Pasal 24, Kewajiban bagi tenaga kesehatan untuk memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan dan standar operasional prosedur.
42. Pasal 25 (1) Pengadaan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat melalui pendidikan dan pelatihan.
43. Pasal 26, Mengatur tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah dalam mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, jumlah sarana serta jumlah tenaga kesehatan sesuai beban kerja.
44. Pasal 27, Mengatur tentang hak tenaga kesehatan atas imbalan dan perlindungan hukum dalam menjalankan tugas sesuai profesinya serta kewajiban tenaga kesehatan untuk mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.
45. Pasal 28, Mengatur kewajiban tenaga kesehatan berdasarkan kompetensi dan kewenangan bidang keilmuan yang dimiliki untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atas permintaan penegak hukum dengan biaya ditanggung negara.
46. Pasal 29, Mengatur tentang penyelesaian masalah yang dialami oleh tenaga kesehatan akibat kelalaian dalam menjalankan profesinya harus melalui mediasi terlebih dahulu.
47. Pasal 30, Mengatur jenis tingkatan dan ketentuan fasilitas pelayanan kesehatan.
48. Pasal 31, Mengatur kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan untuk:
49. memberikan akses yang luas bagi kebutuhan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan;
50. mengirimkan laporan hasil penelitian dan pengembangan kepada Pemerintah daerah dan Menteri;
51. memberikan pelayanan kesehatan gawat darurat untuk penyelamatan jiwa dan pencegahan kecacatan serta larangan menolak pasien dan atau meminta uang muka.
52. Pasal 33, Mengatur tentang persyaratan dan standar kompetensi manajemen kesehatan masyarakat bagi pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971 Tahun 2010.
53. Pasal 34: (1) Mengatur tentang kewajiban memiliki kompetensi manajemen kesehatan perseorangan bagi pimpinan penyelenggara fasilitas kesehatan perseorangan; (2) larangan mempekerjakan tenaga kesehatan yang tidak memiliki kualifikasi dan izin melakukan pekerjaan profesi sesuai peraturan perundang-undangan. Hal ini masih kontrakdiktif dengan belum diundangkannya RUU Keperawatan sebagi payung hukum bagi profesi perawat.
54. Pasal 35 (1) Pemerintah daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasi di daerahnya. Dalam menentukan jumlah dan jenis fasilitas sebagaimana ayat 1 pemerintah daerah mempertimbangkan aspek luas wilayah, kebutuhan kesehatan, jumlah dan persebaran penduduk, pola penyakit, pemanfaatannya, fungsi sosial dan kemampuan dalam memanfaatkan teknologi.
55. Pasal 36 (1), Mengatur tentang kewajiban Pemerintah untuk menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan perbekalan kesehatan, terutama obat esensial. Selanjutnya dalam ayat 2 (dua) dijelaskan bahwa dalam menjamin ketersediaan obat keadaan darurat, Pemerintah dapat melakukan kebijakan khusus untuk pengadaan dan pemanfaatan obat dan bahan yang berkhasiat obat. Pasal 36 ayat 2 ini dapat membuka ruang/cela untuk disalahtafsirkan dan berpeluang untuk menimbulkan penyalahgunaan wewenang dalam hal pengadaaan obat dan bahan obat yang berakibat pada kerugian negara.
56. Bab VI: Upaya Kesehatan
57. Pasal 46, untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat.
58. Pasal 49 (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.
59. Pasal 50 (1), Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan.
60. Pasal 51 (1), Upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi individu atau masyarakat.
61. Pasal 52, 53, 54 mengatur tentang pelayanan kesehatan.
62. Pasal 56, 57, 58 tentang perlindungan pasien.
63. Pasal 59, 60 61 mengatur tentang pelayanan kesehatan tradisional.
64. Pasal 62 tentang upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.
65. Pasal 63, 64 tentang penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
66. Pasal 65, 66, 67 mengatur tentang transplantasi organ.
67. Pasal 68 tentang pemasangan implant obat dan/atau alat kesehatan dalam tubuh.
68. Pasal 69 mengatur tentang bedah plastik dan rekonstruksi.
69. Pasal 70 tentang penggunaan sel punca untuk penyembuhan dan pemulihan penyakit.
70. Pasal 71, 72, 73,74 tentang kesehatan reproduksi.
71. Pasal 75, 76, 77 tentang larangan melakukan aborsi.
72. Pasal 78 tentang keluarga berencana.
73. Pasal 79 tentang kesehatan sekolah.
74. Pasal 80, 81 mengatur tentang kesehatan olah raga.
75. Pasal 82, 83, 84, 85 mengatur tentang pelayanan kesehatan bencana termasuk gawat darurat.
76. Pasal 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92 mengatur tentang pelayanan darah, donor darah dan transfusi.
77. Pasal 93, 94 mengatur tentang kesehatan gigi dan mulut.
78. Pasal 95, 96 mengatur tentang penaggulangan gangguan penglihatan dan pendengaran.
79. Pasal 97, mengatur tentang kesehatan matra meliputi darat, laut dan udara dan kedirgantaraan.
80. Pasal 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108 mengatur tentang pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan.
81. Pasal 109, 110, 111 mengatur tentang pengamanan makanan dan minuman.
82. Pasal 112, mengatur tentang kewenangan pemerintah dalam mengawasi produksi, pengolahan, pendistribusian makanan, dan minuman.
83. Pasal 113, 114, 115, 116 mengatur tentang pengamanan zat adiktif termasuk rokok.
84. Pasal 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, mengatur tetang bedah mayat, bedah mayat klinis, bedah mayat anatomi dan bedah mayat forensik.
85. Bab VII: Kesehatan Ibu, Bayi, Anak, Remaja, Lanjut Usia, dan Penyandang Cacat.
	* + 1. Pasal 126, mengatur tentang upaya kesehatan ibu.
			2. Pasal 127, mengatur upaya kehamilan di luar cara alamiah
			3. Pasal 128, bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis.
			4. Pasal 129, Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif.
			5. Pasal 130, Kewajiban pemerintah memberikan imunisai lengkap pada bayi dan anak.
			6. Pasal 131, 132, 134, mengatur tentang upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak.
			7. Pasal 135, mengatur tentang kewajiban pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat untuk menyiapakan sarana bermain untuk anak yang mendukung pertumbuhan dan perkembangannya.
			8. Pasal 136, mengatur tentang upaya pemeliharaan kesehatan remaja.
			9. Pasal 137, mengatur kewajiban pemerintah untuk menjamin agar remaja dapat memperoleh edukasi, informasi, dan layanan mengenai kesehatan remaja agar mampu hidup sehat dan bertanggung jawab.
			10. Pasal 138, mengatur tentang upaya pemeliharaan kesehatan usia lanjut.
			11. Pasal 139, 140, mengatur tentang upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat.
86. Bab VIII: Gizi
	1. Pasal 141, 142, mengatur tentang upaya perbaikan gizi perseorangan dan masyarakat.
	2. Pasal 143, mengatur tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gizi.
87. Bab IX: Kesehatan Jiwa
	* + 1. Pasal 144, mengatur tentang upaya kesehatan jiwa.
			2. Pasal 145, mengatur kewajiban pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat untuk menjamin upaya kesehatan jiwa secara preventif, promotif, kuratif dan rehabilitaif.
			3. Pasal 146, 147, 148, 149, 150, 151, mengatur tentang upaya penyembuhan gangguan jiwa.
88. Bab X: Penyakit Menular dan Tidak Menular
	* + 1. Pasal 152, 153, 154, 155, 156, 157, mengatur tentang upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan penyakit menular termasuk keadaan kejadian luar biasa (KLB).
			2. Pasal 158, 159, 160, 161, mengatur tentang upaya pencegahan, pengendalian dan penanganan penyakit tidak menular.
89. Bab XI: Kesehatan Lingkungan
	1. Pasal 162, 163, mengatur tentang upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
90. Bab XII: Kesehatan Kerja
	1. Pasal 164, 165, 166, mengatur tentang upaya kesehatan kerja.
91. Bab XIII: Pengelolaan Kesehatan
	1. Pasal 167, mengatur tentang pengelolaan kesehatan yang dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah. Pengelolaan kesehatan dibuat dalam sebuah sistem kesehatan nasional.
92. Bab XIV: Informasi Kesehatan
	1. Pasal 168, mengatur tentang sistem informasi kesehatan melalui lintas sektor.
	2. Pasal 169, mengatur jaminan pemerintah terhadap kemudahan akses informasi kesehatan bagi masyarakat.
93. Bab XV: Pembiayaan Kesehatan
	1. Pasal 170, tentang pembiayaan kesehatan secara berkesinambungan, teralokasi secara adil dan berhasil guna dan berdaya guna.
	2. Pasal 171, tentang besar anggaran kesehatan Pemerintah
	3. Pasal 172, 173, tentang alokasi pembiayaan kesehatan.
94. Bab XVI: Peran Serta Masyarakat
	1. Pasal 174, tentang peran serta aktif perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan.
95. Bab XVII: Badan Pertimbangan Kesehatan
	1. Pasal 175, tentang badan pertimbangan kesehatan sebagai badan independen yang mempunyai tugas, fungsi, dan wewenang di bidang kesehatan.
	2. Pasal 176, mengatur tentang kedudukan badan pertimbangan kesehatan.
	3. Pasal 177, mengatur tentang peran, tugas dan wewenang badan pertimbangan kesehatan nasional dan daerah (BPKN dan BPKD).
96. Bab XVIII: Pembinaan dan Pengawasan
	1. Pasal 178, 179, 180, 181, mengatur tentang kewenangan pemerintah dan pemerintah daerah dalam melakukan pembinaan terhadap masyarakat dan penyelenggara yang berhubungan dengan sumber daya kesehatan di bidang kesehatan dan upaya kesehatan.
	2. Pasal 182, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188 mengatur tentang kewenangan Menteri dalam melakukan pengawasan terhadap masyarakat dan penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan.
97. Bab XIX: Penyidikan
	1. Pasal 189, Mengatur tentang kewenangan penyidikan.
98. Bab XX: Ketentuan Pidana
	* + 1. Pasal 190, mengatur tentang ketentuan pidana terhadap pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan.
			2. Pasal 191, mengataur tentang sanksi pidana bagi setiap orang tanpa izin melakukan praktik kesehatan tradisional.
			3. Pasal 192, sanksi pidana memperjualbelikan organ dan/atau jaringan tubuh.
			4. Pasal 193, sanksi pidana bagi pelaku bedah plastik dan rekonstruksi sesuai pasal 69.
			5. Pasal 194, sanksi pidana bagi pelaku aborsi.
			6. Pasal 195, sanksi pidana bagi pelaku yang memperjualbelikan darah.
			7. Pasal 196, 197, 198, tentang sanksi pidana penyalahgunaan sediaan farmasi, zat adiktif.
			8. Pasal 199, sanksi pidana bagi yang melanggar ketentuan pasal 114 dan pasal 115 tentang rokok.
			9. Pasal 200, sanksi pidana bagi yang menghalangi program pemberian ASI eksklusif.
			10. Pasal 201, sanksi pidana sebagaimana tindak pidana yang dimaksud dalam pasal 190 (1), pasal 191, pasal 192, pasal 196, pasal 197, pasal 198, pasal 199, dan pasal 200.
	1. Substansi Undang-undang yang bermasalah
99. Pasal 34: (1) mengatur tentang kewajiban memiliki kompetensi manajemen kesehatan perseorangan bagi pimpinan penyelenggara fasilitas kesehatan perseorangan; (2) larangan mempekerjakan tenaga kesehatan yang tidak memiliki kualifikasi dan izin melakukan pekerjaan profesi sesuai peraturan perundang-undangan. Hal ini masih kontrakdiktif dengan belum diundangkannya RUU Keperawatan sebagi payung hukum bagi profesi perawat.
100. Pasal 63 (1) Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan diselenggarakan untuk mengembalikan status kesehatan, mengembalikan fungsi tubuh akibat penyakit dan/atau akibat cacat, atau menghilangkan cacat; (2) yang dilakukan melaui pengendalian, pengobatan dan/atau perawatan; (3) pengendalian, pengobatan, dan/atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggungjawabkan kemanfaatan dan keamanannya; (4) Pelaksanaan pengobatan dan/atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu. Pasal 63 ayat 3 dan 4 menguatkan perlunya undang-undang praktik keperawatan yang mengatur batasan kewenangan dan tanggung jawab perawat sekaligus memberikan perlindungan hukum baik bagi penerima pelayanan perawatan maupun perawat sebagai pemberi pelayanan perawatan.
101. Pasal 76, aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 hanya dapat dilakukan: (a) sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis; akan memberikan peluang melegalkan praktek aborsi di kalangan praktisi medis serta sulit untuk membuktikan batasan kedaruratan medis dari kesaksian ahli yang berasal dari profesi yang sama.
102. Pasal 90 (2), pemerintah menjamin pembiayaan dalam penyelenggaraan pelayanan darah; (3) darah dilarang diperjualbelikan dengan dalih apapun; perlu kejelasan batasan yang dimasud dengan larangan jual beli darah. Faktanya untuk memperoleh satu kantong (bag) darah berisi 250 ml pasien harus dikenakan biaya minimal Rp. 250.000,-.
103. Pasal 108 (1), praktik kefarmasiaan yang meliputi pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dengan berlakunya pasal ini maka akan banyak tenaga kesehatan yang akan berbenturan dengan hukum seperti perawat dan bidan yang umumnya bekerja pada fasilitas kesehatan di daerah terpencil maupun di rumah sakit-rumah sakit yang selama ini memberikan obat dibawah peangawasan dokter. Disamping itu tentu akan berimplikasi pada tuntutan terhadap pemerintah untuk memenuhi kuota tenaga kefarmasian pada tatanan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia.
104. Pasal 114 dan pasal 115 (1) kawasan tanpa rokok antara lain fasilitas pelayanan kesehatan; tempat proses belajar mengajar; tempat anak bermain; tempat ibadah; angkutan umum; tempat kerja; dan tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan; (2) pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya. Pasal ini kurang memperhatikan aspek hak asasi bagi kalangan perokok sehingga perlu ditambah satu pasal yang mengatur tentang pengadaan fasilitas khusus untuk tempat merokok bagi perokok di tempat-tempat umum. Pasal ini bertentangan dengan pasal 6 bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.
105. Pasal 199, setiap orang yang dengan sengaja melanggar kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 dipidana denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah). Kebijakan ini menjadi mandul dari segi sanksi hukum karena tidak diiringi dengan pasal yang mengatur kewajiban pemerintah untuk menyiapkan sarana khusus bagi perokok di tempat-tempat umum.
106. Pasal 190, pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) atau Pasal 85 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah). Realitasnya banyak kategori tenaga kesehatan yang melakukan praktik sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangan berdasarkan profesinya masing-masing sehingga perlu aturan perundang-undangan tentang kejelasan batasan kewenangan tenaga kesehatan yang dimaksud secara spesifik. Pasal ini juga kontradiktif dengan pasal 29, dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dlam menjalankan profesinya, harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.
	* 1. Proses Kebijakan

Proses kebijakan mengacu mengacu kepada cara bagaimana kebijakan dimulai, dikembangkan atau disusun, dinegosiasi, dikomunikasikan, dilaksanakan dan dievaluasi. Pendekatan yang paling sering digunakan untuk memahami proses kebijakan adalah dengan menggunakan apa yang disebut ‘tahapan heuristiks’ (Sabatier dan Jenkins‐Smith, 1993 dalam Buse *et al*, 2005). Serangkaian tahapan ini untuk memahami penyusunan kebijakan dalam tahapan‐tahapan yang berbeda (Buse *et al*, 2005; Gopalan *et al*, 2011):

* + - 1. Agenda setting

Proses di mana pokok‐pokok persoalan tertentu, dari sekian banyak pokok persoalan yang potensial untuk menjadi perhatian para pembuat kebijakan, masuk dalam agenda kebijakan (Buse *et al*, 2005). Ada sejumlah model teoritis penentuan agenda.

* + - * 1. Model penentuan agenda yang digunakan dalam pembuatan Undang-undang kesehatan adalah pendekatan Model Hall yang terdiri dari: keabsahan, kelayakan dan dukungan.
				2. Siapa yang menentukan agenda: pemerintah dan media massa
				3. Dimensi kekuasaan adalah kemampuan untuk mencapai suatu hasil yang diinginkan untuk melakukan sesuatu. Ada tiga dimensi kekuasaan yaitu: (1) Kekuasaan sebagai pengambil keputusan: IDI, Institusi Pendidikan, Kementerian Kesehatan; (2) Kekuasaan bukan sebagai pengambil keputusan; (3) Kekuasaan sebagai kontrol berfikir.
1. Konsekuensi dan Resistensi

Pada bahasan konsekuensi dan resistensi metode yang digunakan adalah pendekatan prediktif, yaitu untuk menggambarkan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk menghadapi konsekuensi dari Undang-undang tentang Kesehatan.

* 1. Konsekuensi

Dengan pemberlakuan Undang-undang tentang Kesehatan, maka akan ada konsekuensi perilaku bagi setiap orang, masyarakat, institusi pelayanan kesehatan dan negara. Ada dua perilaku berlawanan yang akan muncul sebagai konsekuensi dari berlakunya UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yaitu:

* + 1. Perilaku Positif
			1. Adanya peningkatan nilai tawar masyarakat.

Dengan berlakunya Undang-undang Kesehatan akan mendorong masyarakat yang semakin kritis dan tahu batasan-batasan mana yang menjadi hanya dalam pelayanan kesehatan (pasal 56, pasal 57, dan pasal 58).

* + - 1. Adanya kejelasan kompetensi masing-masing tenaga kesehatan. Undang-undang Kesehatan mendorong adanya kemandirian dari masing-masing profesi kesehatan dengan batasan-batasan kewenangan yang dimiliki.
			2. Adanya upaya standarisasi, perbaikan dan peningkatan mutu sumber daya kesehatan secara terus menerus. Provider pelayanan kesehatan akan berupaya untuk selalu melakukan evaluasi periodik guna perbaikan mutu secara terus menerus (*quality improvement*).
			3. Adanya perilaku waspada dan hati-hati dari provider pelayanan kesehatan. Undang-undang Kesehatan mendorong sikap waspada dan berhati-hati bagi para profesional kesehatan dalam memberikan pelayanan.
			4. Menumbuhkan kesadaran dan tanggung jawab setiap orang dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang optimal.
			5. Meningkatkan akses seluruh lapisan masyarakat terutama masyarakat ekonomi menengah ke bawah terhadap pelayanan kesehatan.
			6. Meningkatkan tanggung jawab pemerintah dalam pembiayaan kesehatan terutama untuk kelompok masyarakat miskin.
			7. Meningkatkan tanggung jawab pemberi kerja/majikan dan atau pengusaha terhadap upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan pekerja.
		1. Perilaku Negatif

Perilaku negatif yang muncul dari pemberlakuan Undang-undang Kesehatan adalah:

* + - 1. Perilaku masa bodoh dari masyarakat miskin untuk menjaga kesehatan karena adanya jaminan pemerintah untuk membiayai pelayanan kesehatan
			2. Dengan adanya tanggung jawab dan kewajiban pemerintah dalam membiayai pelayanan kesehatan gratis dapat dijadikan sebagai komoditas politik bagi penguasa.
			3. Meningkatkan tingkat penggunaan fasilitas upaya kesehatan perorangan terutama Rumah Sakit Pemerintah.
			4. Meningkatkan perilaku komplain dari masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan dengan dalih malpraktik.
			5. Meningkatnya kasus sengketa hukum antara penerima jasa pelayanan kesehatan dengan pemberi layanan kesehatan. Dengan berlakunya Undang-undang Kesehatan akan berimplikasi pada mayoritas tenaga kesehatan (perawat) akan diperhadapkan pada kasus hukum terutama dalam hal kewenangan pemberian obat (pasal 108, pasal 190 dan pasal 198). Hal ini sudah terjadi pada kasus Ns Misran di Kalimantan Timur.
	1. Resistensi

Upaya penciptaan tata nilai baru dengan hadirnya Undang-undang Kesehatan tidak akan terlepas dari adanya resistensi dari aktor-aktor yang berkepentingan, diantaranya:

* + 1. Kelompok pengusaha rokok dan perokok tidak akan mengindahkan kebijakan ini terlebih lagi masih minimnya tempat-tempat khusus untuk merokok yang disediakan oleh pemerintah. Hal ini terbukti dengan tidak efektifnya kebijakan ini ditataran implementasi.
		2. Dokter yang sudah terbiasa dengan *mindset* superior yang bertindak sebagai atasan, pada akhirnya harus mau menerima kenyataan bahwa perawat maupun tenaga kesehatan lainnya adalah sebuah profesi dengan tanggung jawab dan kewenangan tersendiri merupakan mitra kerja yang dijamin dalam Undang-undang ini (pasal 21, pasal 22, pasal 23, pasal 24).
		3. Pemberi kerja/pengusaha yang memiliki kewajiban menjamin biaya pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pekerja, bisa *over cost* jika tidak memperhatikan upaya promotif dan preventif seiring makin tingginya laju inflasi di sektor pembiayaan kesehatan.
		4. Pemerintah daerah, yang bila tidak memiliki sistem kesehatan daerah yang baik akan kewalahan dalam pembiayaan kesehatan masyarakat.
1. Masalah yang timbul sebagai konsekuensi dan resistensi

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menimbulkan masalah berupa:

* 1. Tuntutan dari tenaga kesehatan lainnya untuk dikeluarkannya Undang-undang yang mengatur tentang tenaga kesehatan lainnya seperti Undang-undang Keperawatan, Undang-undang Kefarmasian layaknya kehadiran Undang-undang Praktik Kedokteran.
	2. Pertentangan antar profesi kesehatan (perawat-dokter-apoteker-administrator kesehatan) dalam batasan hak, tugas, kewajiban, kewenangan dan tanggung jawab antar masing-masing profesi.
	3. Pertentangan antara konsumen maupun lembaga konsumen dengan fasilitas kesehatan/tenaga kesehatan akibat meningkatnya posisi tawar menawar masyarakat yang dijamin dalam Undang-undang ini. Hal ini dapat dilihat dari tingginya kasus-kasus malpraktek yang mengemuka ke ranah hukum.
	4. Menimbulan *konflict of interest* diantara sesama sejawat ketika harus bersentuhan dengan kasus hukum dalam hal kesaksian ahli.
1. Prediksi Keberhasilan

Prediksi keberhasilan memberikan informasi tentang konsekuensi di masa datang, baik berupa keberhasilan maupun kegagalan dari kebijakan Undang-undang tentang Kesehatan.

* 1. Prediksi *Trade-Off*

Dengan berlakunya Undang-undang Kesehatan memunculkan *trade-off*, yaitu adanya pihak yang merasa diuntungkan dan ada pula yang merasa dirugikan.

* + - * 1. Pihak yang diuntungkan
			1. Masyarakat, akan terlindungi secara hukum sekaligus mutu pelayanan kesehatan akan meningkat dan terstandarisasi.
			2. Tenaga kesehatan dalam hal ini perawat, apoteker, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya akan meningkatkan kemandirian masing-masing profesi sekaligus merupakan payung hukum yang akan memberikan perlindungan kepada masing-masing profesi tenaga kesehatan.
			3. Pemerintah, merupakan payung hukum dalam mengelola upaya kesehatan bagi segenap masyarakat.
				1. Pihak yang dirugikan
1. Kelompok masyarakat tertentu (misalnya perusahaan rokok/perokok), merasa terbatasi haknya utuk merokok di sembarang tempat.
2. Dokter, dengan upaya kesejajaran profesi kesehatan akan menuntut dokter untuk harus bekerja secara mandiri.
3. Perawat, yang terbiasa melakukan praktik dengan kewenangan delegasi dalam hal ini pemberian obat akan berhdapan dengan sanksi hukum.
	1. Prediksi Keberhasilan

Prediksi keberhasilan kebijakan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan sangat besar, ditambah dengan masuknya nilai-nilai global dan universal yang semakin membuka mata kita akan ketertinggalan pembangunan kesehatan dibanding negara-negara lain seperti Singapore akan mendorong kita untuk mempercepat ketertinggalan tersebut, termasuk dengan mengimplementasikan Undang-undang Kesehatan beserta dengan aturan pelaksanaannya.

**BAB III**

**KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

1. Kesimpulan

Berdasarkan analisis terhadap Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dapat disimpulkan sebagai berikut:

* 1. Kebijakan ini merupakan kebijakan yang mengatur hak dan kewajiban setiap orang serta tanggung jawab negara dalam rangka mencapai derajat kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia;
	2. Kebijakan ini masih memiliki pasal-pasal bermasalah yang perlu revisi untuk menghindari penafsiran ganda;
	3. Timbulnya perilaku baik positif maupun negatif dari aktor-aktor terkait.
1. Rekomendasi

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ini sudah cukup baik, dan sudah antisipatif terhadap globalisasi tetapi masih ada beberapa pasal bermasalah yang perlu direvisi. Redaksional kebijakan tentang kesehatan ini harus jelas sebagai bahasa hukum, tidak boleh ada kata-kata bermakna ganda. Untuk itu maka beberapa rekomendasi yang dapat diusulkan adalah sebagai berikut:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pasal yang bermasalah | Redaksional | Rekomendasi untuk revisi |
|  |  |  |  |

Rekomendasi revisi ini harus dilaksanakan untuk menghindari penafsiran ganda di ranah hukum.

Referensi:

Presiden Republik Indonesia. 2009. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta.

Gopalan, Saji S *et al*. 2011. Challenges and opportunities for policy decisions to address health equity in developing health systems: case study of the policy processes in the Indian state of Orissa. *International Journal for Equity in Health, 2011, 10:55 (1-11)*. (Online). (<http://www.equityhealthj.com/content/10/1/55> diakses pada tanggal 12 Desember 2011).

Buse, Kent *et al*. 2005. *Making Health Policy*. Open University Press, McGraw-Hill Education McGrow-Hill House Shoppenhangers Road Maidenhead, Berkshire, England.

Longest Jr, Beaufort B. 2001. *Contemporary Health Policy*. Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA Press, Washington, DC.

Parsons, Wayne. 2008. *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisa Kebijakan*, Ed. 1 Cetakan 3. Kencana, Jakarta.

Dwijowijoto, Riant Nugroho. 2006. *Kebijakan Publik untuk Negara-negara Berkembang, Model-model Perumusan. Implementasi, dan Evaluasi.* Media Komputindo, PT Elex. Jakarta.

Dwilaksono, Agung, *et al*. 2008. Analisis Kebijakan Rancangan Undang-undang Tentang Praktik Keperawatan (Draf Ke-19). *Bulletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 11 No 2 April 2008:105 – 112.