ANALISIS SEGITIGA KEBIJAKAN KESEHATAN DALAM PEMBENTUKAN UNDANG-UNDANG TENAGA KESEHATAN

Health Policy TriangleAnalysis in The Forming of Health Workforce Act

Rahmi Yuningsih

Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI)
Sekretariat Jenderal DPR

Naskah diterima: 25 Juni 2014
Naskah dikoreksi: 29 Oktober 2014
Naskah diterbitkan: 22 Desember 2014

Abstract: *In order toachieve the national health developments goals, we need health workforce who are competent, responsible, uphold ethical standards and spread evently all over Indonesia. But in fact, health workforce in Indonesia still face a lot of problem. Therefore the parliament and the government formed health workforce act as a legal reference to handle the problems. This research was conducted to determine health policy triangle in forming health workforce act. With qualitative approach, the study concluded that the actors come from the government, the president, the legislators, interest groups and political party. The content include aspects of professionalism and the relationship between the health workforce. The context includes aspects of cultural, social, political, economic, and legal. The process began in 2010 until 2014. This study recommended that in order to get common perspective, the public and the stakeholders should get involved more intensely.*

Keywords*:Health policy, health workforce act, policy triangle.*

Abstrak:Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional, diperlukan tenaga kesehatan yang berkompeten, bertanggung jawab, menjunjung tinggi kode etik, dan tersebar merata di seluruh Indonesia. Pada kenyataannya, masih banyak ditemukan masalah tenaga kesehatan di Indonesia. Kenyataan ini mendorong DPR bersama-sama dengan pemerintah untuk membentuk RUU Tenaga Kesehatan sebagai payung hukum dalam menangani masalah tersebut. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui keterlibatan segitiga kebijakan kesehatan dalam pembentukan UU Tenaga Kesehatan. Dengan pendekatan kualitatif, dapat disimpulkan bahwa aktor berasal dari pemerintah, presiden, anggota legislatif, kelompok kepentingan dan partai politik;konten meliputi aspek keprofesian dan hubungan antarsesama profesi; konteks meliputi aspek budaya, sosial, politik, ekonomi, dan hukum; proses dimulai tahun 2010 hingga tahun 2014. Penelitian merekomendasikan agar masyarakat ataupun kelompok kepentingan lebih aktif terlibat, sehingga dapat memeroleh kesamaan pandangan terhadap suatu pembentukan kebijakan.

Kata Kunci: Kebijakan kesehatan, UU Tenaga Kesehatan, segitiga kebijakan.

Pendahuluan

Pembangunan kesehatan ditujukan 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 (SDM) yang produktif secara sosial dan ekonomis. Dalam mencapai tujuan tersebut, diperlukan SDM kesehatan yang berkompeten, bertanggung jawab, menjunjung tinggi kode etik, terus-menerus meningkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan, dan tersebar merata di seluruh wilayah Indonesia.

Menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009, SDM kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi, serta tenaga pendukung atau penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. SDM kesehatan merupakan salah satu subsistem dalam SKN sebagaimana tertera dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Tujuan dari penyelenggaraan subsistem SDM kesehatan adalah tersedianya SDM kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan, terdistribusi secara adil dan merata, serta didayagunakan secara optimal dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan merupakan bagian dari SDM kesehatan.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, 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. Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki. Kewenangan tersebut dapat dilakukan setelah mendapat izin praktik dari pemerintah.

Tenaga kesehatan berperan dalam mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015 mendatang terutama target menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Peran tenaga kesehatan sangat erat kaitannya dengan AKI, karena setiap persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan. Pada tahun 1991, AKI mencapai 390 per 100.000 kelahiran hidup. Pemerintah menargetkan pada Tahun 2015 AKI dapat turun hingga 102 per 100.000 kelahiran hidup. Meskipun demikian, data terakhir tahun 2012 menunjukkan AKI mengalami kenaikan yang signifikan, hingga mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup.

Kenyataan tersebut belum mencerminkan kondisi tenaga kesehatan sebagaimana yang dicita-citakan dalam Penjelasan Pasal 16 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang merata kepada masyarakat, diperlukan ketersediaan tenaga kesehatan yang merata. Maksudnya, pendayagunaan dan penyebarannya harus merata ke seluruh wilayah sampai ke daerah terpencil, sehingga memudahkan masyarakat dalam memeroleh layanan kesehatan.

Dalam SKN disebutkan masalah strategis tenaga kesehatan, salah satunya terkait upaya pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan yang belum memadai, baik jumlah, jenis, maupun kualitasnya. Distribusi tenaga kesehatan pun masih belum merata. Data tahun 2007 menunjukkan jumlah dokter di Indonesia sebesar 19 per 100.000 penduduk. Angka ini tergolong masih rendah, apabila dibandingkan dengan negara lain di ASEAN, seperti Filipina 58 per 100.000 penduduk dan Malaysia 70 per 100.000.

Untuk memberikan solusi pengaturan terhadap masalah di atas, Pemerintah menyusun RUU Tenaga Kesehatan, yang dimulai sejak tahun 2010. Setelah dibahas bersama-sama dengan DPR-RI, ketika mendekati waktu pengesahan, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) sebagai organisasi profesi kedokteran dan kedokteran gigi, menyampaikan penolakan atas RUU Tenaga Kesehatan.

Berbagai dinamika yang terjadi sepanjang penyusunan RUU Tenaga Kesehatan sangat menarik untuk dikaji lebih mendalam. Dengan memerhatikan bagaimana keterlibatan faktor-faktor, konten, konteks, dan proses, sehingga kebijakan yang dikeluarkan dapat secara komprehensif dan integratif menampung semua faktor tersebut. Oleh karena itu, tulisan ini akan mencoba menjawab pertanyaan penelitian: "Bagaimanakah segitiga kebijakan kesehatan yang terdiri dari aktor, konten, konteks, dan proses memengaruhi penyusunan RUU Tenaga Kesehatan?"

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan informan terkait yang berasal dari Kementerian Kesehatan dan DPR RI. Data diperoleh dari rapat pembahasan maupun dari dokumen rapat terkait. Data lain didapat dari buku, peraturan perundang-undangan, dokumen *World Health Organization* (WHO), dan berita media massa terkait pembentukan RUU Tenaga Kesehatan.

Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan setiap orang yang memeroleh pendidikan, baik formal maupun nonformal, yang mendedikasikan diri dalam berbagai upaya yang bertujuan mencegah, mempertahankan, serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa hingga pertengahan tahun 2014 jumlah SDM kesehatan sebanyak 891.897. Jumlah tersebut mengalami peningkatan dari tahun-tahun sebelumnya. (lihat tabel 1).

Permasalahan distribusi tenaga kesehatan masih menjadi salah satu isu dalam sistem kesehatan di Indonesia. Indonesia memiliki ciri geografis spesifik, sehingga menimbulkan perbedaan keadaan sosial ekonomi yang cukup tinggi dan desentralisasi yang belum mampu menyelesaikan permasalahan pemerataan tenaga kesehatan, terutama di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) serta Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK). Oleh karena itu, diadakan program pengangkatan Pegawai Tidak Tetap (PTT) dan penugasan khusus. Program tersebut berlaku untuk dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan bidan. Sampai akhir tahun 2013, terdapat 46.512 PTT yang terdiri dari 56 dokter spesialis dan dokter gigi spesialis, 3.153 dokter umum, 1.168 dokter gigi dan 42.135 bidan. Sedangkan untuk penugasan khusus, selama tahun 2013 telah dilakukan pengangkatan penugasan khusus sebanyak 2.379 orang yang terdiri dari 873 residen, 927 perawat, 203 tenaga gizi, 181 tenaga kesehatan lingkungan, 105 analis kesehatan, 15

Tabel 1. Data SDM Kesehatan yang Didayagunakan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia Tahun 2010-2014

No	Jenis SDM Kesehatan	Tahun				
		2010	2011	2012	2013	2014
1.	Dokter Umum	25.333	33.172	37.364	41.841	42.265
2.	Dokter Spesialis	8.403	16.574	27.333	36.756	38.866
3.	Dokter Gigi	8.731	10.575	11.826	11.857	13.092
4.	Perawat	169.797	230.280	235.496	288.405	295.508
5.	Bidan	96.551	120.924	126.276	137.110	136.606
6.	Kefarmasian	18.022	25.439	31.223	40.181	46.336
7.	Tenaga Kesehatan Lainnya	64.908	99.631	97.904	125.494	125.349
8.	Tenaga Non Tenaga Kesehatan	109.307	124.694	139.812	195.454	193.875
	Jumlah	501.052	661.289	707.234	877.098	891.897

Sumber: Bank Data SDM Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. 2014.

bidan, 52 farmasi, 20 tenaga kesehatan gigi, 1 fisioterapis, 1 radiografer dan 1 perekam informasi kesehatan.

Selain data jumlah SDM Kesehatan, data institusi pendidikan tenaga kesehatan selain tenaga medis, menunjukkan bahwa hingga akhir tahun 2013 terdapat 38 Politeknik Kesehatan (Poltekkes), yang terdiri dari Strata Diploma IV sebanyak 133 program studi dan Strata Diploma III sebanyak 262 program studi (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Jumlah tersebut sesuai target Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2014, yaitu mendirikan jumlah lembaga pendidikan tenaga kesehatan yang memenuhi standar sebanyak 39 Politeknik Kesehatan (Poltekkes).

Perencanaan tenaga kesehatan tidak terlepas dari area kebijakan kesehatan. Menurut Green (1999), perencanaan di bidang kesehatan terbagi menjadi dua yaitu perencanaan aktivitas yang berhubungan dengan pengaturan jadwal dan kerangka kerja yang bisa dimonitor untuk implementasi sebelum suatu aktivitas dilakukan dan perencanaan alokatif yang berhubungan dengan pengambilan keputusan tentang bagaimana seharusnya sumber daya dialokasikan. Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit antara lain *pertama* penyusunan kebutuhan SDM kesehatan berdasarkan keperluan kesehatan (*health need method*) menurut golongan umur, jenis kelamin, dan status ekonomi, *kedua* penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan kebutuhan kesehatan (*health services demand method*) (Kurniati, 2012).

Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan aplikasi dari kebijakan publik ketika pedoman yang ditetapkan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan nasional ditujukan untuk meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraan penduduk suatu negara (Ayuningtyas, 2014). Kebijakan kesehatan merupakan segala tindakan pengambilan keputusan yang memengaruhi sistem kesehatan yang dilakukan oleh aktor institusi pemerintah, organisasi, lembaga swadaya masyarakat dan lainnya (Buse, 2005).

Kebijakan kesehatan adalah keputusan, rencana dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu di dalam suatu masyarakat[1]. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sektor kesehatan yaitu sektor kesehatan amat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas dan ketidakpastian kondisi sakit (Ayuningtyas, 2014).

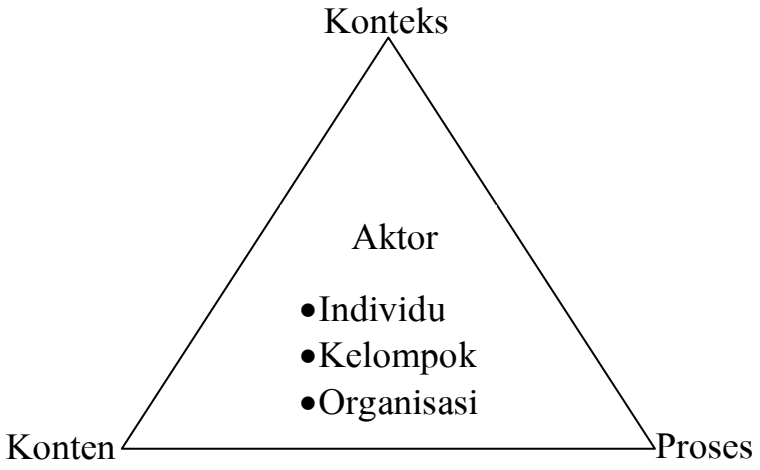
Untuk membuat sebuah kebijakan kesehatan, perlu memperhatikan segitiga kebijakan yang terdiri dari aktor, konten, konteks dan proses. Pada kenyataannya, aktor baik individu, kelompok, atau organisasi dipengaruhi oleh konteks, lingkungan di mana aktor hidup dan bekerja. Konteks dipengaruhi oleh banyak faktor seperti politik, ideologi, sejarah, budaya, ekonomi, dan sosial baik yang terjadi pada skala nasional maupun internasional yang memengaruhi kebijakan kesehatan. Proses pembuatan

[1] World Health Organization. 2014. "Health Policy."http://www.who.int/topics/health_policy/en/ diakses tanggal 2 Oktober 2014.

kebijakan dipengaruhi oleh aktor yaitu posisi dalam struktur kekuasaan, nilai, pendapat dan harapan pribadi. Konten kebijakan mencerminkan dimensi tersebut. Konten merupakan substansi dari kebijakan yang secara detail menggambarkan bagian pokok dari kebijakan tersebut. Aktor merupakan pusat dari kerangka kebijakan kesehatan. Aktor merupakan istilah yang digunakan untuk menyebut suatu individu, kelompok dan organisasi yang memengaruhi suatu kebijakan. Aktor pada dasarnya memang memengaruhi kebijakan namun seberapa luas dan mendalam dalam memengaruhi kebijakan tergantung dari kekuasaannya. Kekuasaan merupakan campuran dari kekayaan individu, tingkat pengetahuan, dan otoritas yang tinggi (Buse, 2005).

Salah satu kebijakan kesehatan adalah disusunnya RUU Tenaga Kesehatan. RUU Tenaga Kesehatan merupakan RUU usul inisiatif pemerintah pada Prolegnas 2010-2014 dengan nomor urut 70. Tujuan RUU Tenaga Kesehatan adalah memenuhi kebutuhan masyarakat akan tenaga kesehatan, mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, memberikan pelindungan kepada masyarakat dalam menerima penyelenggaraan upaya kesehatan, mempertahankan dan meningkatkan mutu penyelenggaraan upaya kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat dan tenaga kesehatan. Tidak dapat dipungkiri bahwa dalam penyusunan undang-undang tersebut, faktor-faktor yang memengaruhi kebijakan kesehatan yaitu yang sebagaimana digambarkan dalam segitiga kebijakan ikut berperan.

Di bawah ini merupakan penjabaran faktor-faktor yang memengaruhi kebijakan kesehatan dalam pembentukan RUU Tenaga Kesehatan.



Gambar 1 Segitiga Faktor yang Mempengaruhi Kebijakan Kesehatan

Sumber: Kent Buse, Nicolas Mays dan Gill Walt. 2005. Making Health Policy. England: Open University Press.

Aktor Perumusan Undang-Undang Tenaga Kesehatan

Aktor atau pemeran serta dalam proses pembentukan kebijakan dapat dibagi ke dalam dua kelompok, yaitu para pemeran serta resmi dan para pemeran serta tidak resmi. Yang termasuk ke dalam pemeran serta resmi adalah agen-agen pemerintah (birokrat), presiden (eksekutif), legislatif, dan yudikatif. Mereka dikatakan aktor resmi karena mempunyai kekuasaan yang secara sah diakui oleh konstitusi dan mengikat. Sedangkan, yang termasuk dalam kelompok pemeran serta tidak resmi, yaitu pihak yang tidak memiliki wewenang yang sah, meliputi kelompok-kelompok kepentingan, partai politik dan warga negara individu (Winarno, 2012).

Badan Administrasi (Pemerintah)

Aktor dari pemerintah pada saat penyusunan RUU Tenaga Kesehatan sebelum masuk ke dalam Program Legislasi Nasional (Prolegnas) lima tahunan adalah Kementerian Kesehatan dan Konsil Kedokteran Indonesia. Setelah RUU Tenaga Kesehatan menjadi usul inisiatif pemerintah, dilakukan penyusunan internal Kementerian Kesehatan dan rapat panitia antarkementerian yang terdiri dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Pemberdayaan Aparatur Pemerintah dan Reformasi Birokrasi, Kementerian Hukum dan HAM, Kementerian Sekretariat Negara, Kementerian Keuangan, dan Kementerian Dalam Negeri. Pada saat pembahasan pembicaraan tingkat I dan II dilakukan pembahasan RUU Tenaga Kesehatan antara Panitia Kerja (Panja) Pemerintah dengan Panja Komisi IX DPR RI. Panja Pemerintah diwakili oleh lima kementerian yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan

dan Kebudayaan, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Pemberdayaan Aparatur Pemerintah dan Reformasi Birokrasi, dan Kementerian Hukum dan HAM sesuai dengan Surat Presiden Nomor R-75/Pres/09/2012 tanggal 24 September 2012.

Menurut Winarno, badan administrasi dianggap sebagai badan pelaksana telah diakui secara umum dalam ilmu politik, namun bahwa politik dan administrasi telah bercampur aduk menjadi satu juga telah menjadi aksioma yang diakui kebenarannya. Selain itu, saat ini badan-badan administrasi sering terlibat dalam pengembangan kebijakan publik. Hal ini berkaitan erat dengan pemahaman kebijakan sebagai apa yang dilakukan oleh pemerintah mengenai masalah tertentu. Dengan pemahaman yang demikian, maka keterlibatan badan-badan administrasi sebagai agen pemerintah semakin terbuka untuk ikut menentukan kebijakan. Apakah ikut membuat, mendukung atau melanggar undang-undang atau kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya. Badan administrasi juga menjadi sumber utama usul-usul pembuatan undang-undang dalam sistem politik. Badan-badan tersebut secara khas tidak hanya menyarankan undang-undang tetapi juga secara aktif melakukan lobi dan menggunakan tekanan dalam penetapan undang-undang (Winarno, 2012).

Presiden (Eksekutif)

Peran penting presiden dan para menterinya dalam proses pembentukan kebijakan, tidak perlu disangsikan lagi. Sistem konstitusi Indonesia memberikan wewenang yang besar kepada eksekutif untuk menjalankan pemerintahan (Winarno, 2012). Presiden sebagai kepala eksekutif yang memegang kekuasaan pemerintahan dalam UUD Negara Republik Indonesia 1945 Pasal 5 mempunyai hak mengajukan Rancangan Undang-Undang (RUU) kepada DPR dan menetapkan peraturan pemerintah untuk menjalankan undang-undang. Penyusunan RUU Tenaga Kesehatan diawali dengan dikeluarkannya persetujuan presiden atau izin prakarsa tertanggal 25 Juni 2010. Presiden melalui Menteri Kesehatan mengusulkan RUU Tenaga Kesehatan untuk masuk menjadi Program Legislasi Nasional (Prolegnas) tahun 2011. Keterlibatan Presiden dalam perumusan RUU Tenaga Kesehatan dapat dilihat dari penugasan perwakilan pihak pemerintah dalam menyusun dan membahas RUU, serta dalam menyampaikan tanggapan pemerintah dalam pembicaraan tingkat II di DPR. Presiden juga terlibat dalam pengesahan RUU setelah RUU berhasil melewati pembicaraan tingkat II.

Lembaga Yudikatif

Lembaga ini mempunyai peran dalam kebijakan publik melalui pengujian kembali suatu undang-undang. Pada dasarnya, tinjauan yudisial merupakan kekuasaan pengadilan untuk menentukan apakah tindakan-tindakan yang diambil oleh cabang-cabang eksekutif maupun legislatif sesuai dengan konstitusi atau tidak. Bila keputusan-keputusan tersebut melawan atau bertentangan dengan konstitusi negara, maka badan yudikatif ini berhak membatalkan atau menyatakan tidak sah terhadap peraturan atau undang-undang yang telah ditetapkan (Winarno, 2012). Secara tidak langsung keterlibatan lembaga yudikatif dalam pembentukan RUU Tenaga Kesehatan ada dalam hal penetapan keputusan Mahkamah Konstitusi untuk kasus hukum perawat yang dikenakan hukuman penjara karena memberikan obat kepada pasien. Keputusan tersebut yaitu bahwa Pasal 108 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 tentang Kesehatan bertentangan dengan UUDNRI 1945 dan bersifat tidak mengikat (Republika, 2011). Dengan kata lain, tenaga kesehatan lain seperti dokter, dokter gigi, perawat dan bidan dapat memberikan jenis obat tertentu kepada pasien dalam keadaan darurat yang mengancam nyawa pasien. Keputusan ini berkaitan dengan adanya Pasal 63 ayat (1) RUU Tenaga Kesehatan yang menyebutkan bahwa dalam keadaan tertentu tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya. Penjelasan pasal tersebut menerangkan bahwa keadaan tertentu adalah suatu kondisi tidak adanya tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan serta tidak dimungkinkan untuk dirujuk. Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan di luar kewenangannya, misalnya perawat atau bidan yang memberikan pelayanan kedokteran dan/atau kefarmasian dalam batas tertentu.

Lembaga Legistlatif

Para politisi digolongkan menjadi aktor inkrementalis menurut teori golongan aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan Charles O. Jones (Wahab, 1997). Aktor inkrementalis memiliki sikap kritis namun acapkali tidak dapat menunggu lama terhadap gaya kerja para golongan aktor lain seperti golongan rasional atau perencana dan golongan teknisi. Gaya kerja aktor inkrementalis dapat dikategorikan sebagai seseorang yang mampu melakukan tawar-menawar yaitu dengan secara teratur mendengarkan tuntutan, menguji seberapa jauh intensitas tuntutan tersebut dan menawarkan kompromi.

Dalam perumusan kebijakan dalam RUU Tenaga Kesehatan yang merupakan usul inisiatif pemerintah, Pimpinan DPR mempunyai peran memberikan pandangan fraksi ataupun pandangan masing-masing anggota terhadap Daftar Inventarisasi Masalah (DIM) yang dibuat oleh pemerintah. Pandangan fraksi merupakan keputusan masing-masing partai mengenai substansi RUU. Pandangan fraksi ditulis berdasarkan poin-poin DIM. DIM beirisi draft RUU yang lengkap dari judul hingga bagian penutup. Pada saat dilakukan rapat pembahasan pembicaraan tingkat I, DIM yang disertai tanggapan fraksi menjadi bahan rapat. Dalam menjalankan fungsi legislasi, DPR mempunyai hak menyatakan pendapat dan setiap anggota DPR mempunyai hak mengajukan pertanyaan, menyampaikan usul dan pendapat, dan hak imunitas. Di sini peran tawar-menawar atau lobi antara anggota fraksi kerap terjadi dalam hal tidak ada kesamaan suara dari masing-masing fraksi.

Kelompok Kepentingan

Di samping para pembuat keputusan kebijakan yang resmi, sering ditemukan para pemeran yang tidak resmi. Dikatakan tidak resmi karena meskipun terlibat dalam perumusan kebijakan, akan tetapi tidak mempunyai kewenangan yang sah untuk membuat keputusan yang mengikat. Misalnya, kelompok kepentingan yang tidak dapat membuat keputusan, namun hanya sebatas menyatakan tuntutan-tuntutan dan memberikan alternatif-alternatif tindakan kebijakan. Selain itu, kelompok kepentingan juga sering memberikan informasi kepada para publik dan seringkali informasi yang diberikan bersifat teknis mengenai sifat serta konsekuensi-konsekuensi yang mungkin timbul dari usul-usul kebijakan yang diajukan. Dengan demikian, kelompok kepentingan telah memberikan sumbangan yang berarti bagi rasionalitas pembentukan kebijakan. Kelompok-kelompok penekan yang kuat cenderung berhubungan dengan partai yang lemah dalam pemilihan maupun dalam legislatif, penduduk perkotaan yang rendah, pendapatan perkapita yang rendah, serta tersedianya lapangan kerja yang tinggi di sektor non industri pertanian, perikanan dan kehutanan (Winarno, 2012). Tidak dapat dipungkiri bahwa organisasi-organisasi profesi tenaga kesehatan terlibat dalam perumusan UU Tenaga Kesehatan. Hal ini mengingat substansi materi UU Tenaga Kesehatan menyangkut masalah keprofesian tenaga kesehatan dan hubungan kerja antarprofesi tenaga kesehatan. Perwakilan seluruh organisasi profesi atau asosiasi tenaga kesehatan terlibat dalam rapat penyusunan RUU dengan Kementerian Kesehatan sebelum RUU Tenaga Kesehatan dibahas dengan DPR. Setelah RUU Tenaga Kesehatan masuk ke DPR, keterlibatan organisasi profesi terlihat dalam hal penyampaian tanggapan penolakan terhadap RUU Tenaga Kesehatan seperti yang dilakukan oleh persatuan dokter umum, persatuan Bidan PTT, solidaritas tukang gigi dan penyandang disabilitas kepada pimpinan DPR RI.[2]

Selain itu, mendekati waktu pengesahan UU Tenaga Kesehatan, IDI dan PDGI sebagai organisasi profesi kedokteran menyampaikan penolakan atas RUU Tenaga Kesehatan dengan mengirimkan surat kepada pimpinan Komisi IX DPR RI.

Partai Politik

Dalam sistem demokrasi, partai politik memegang peran penting dalam meraih kekuasaan, termasuk berpengaruh dalam proses pembentukan kebijakan. Partai politik berusaha mengubah tuntutan dari kelompok kepentingan menjadi alternatif kebijakan. Walaupun jangkauan partai politik lebih besar dari kelompok kepentingan, namun lebih cenderung bertindak sebagai perantara dari pada sebagai pendukung kepentingan-kepentingan tertentu dalam pembentukan kebijakan (Winarno, 2012). Keputusan partai politik terlihat dalam pandangan fraksi sebagai tanggapan terhadap DIM pemerintah dan juga tanggapan terhadap selesainya pembicaraan tingkat I dan II.

Warga Negara Individu

Dalam pembahasan mengenai pembuatan kebijakan, warga negara individu sering diabaikan dalam hubungannya dengan legislatif, kelompok kepentingan, serta aktor lainnya yang lebih menonjol. Tugas pembentukan kebijakan pada dasarnya diserahkan kepada para pejabat publik, namun dalam beberapa hal para individu warga negara individu masih dapat mengambil peran serta aktif dalam pengambilan keputusan (Winarno, 2012). Meskipun demikian, dari hasil penelitian ini diketahui bahwa dalam perumusan RUU Tenaga Kesehatan tidak ada peran warga negara individu yang terlibat secara langsung dalam pengambilan keputusan dan perumusan kebijakan.

Konten UU Tenaga Kesehatan

RUU Tenaga Kesehatan berisi mengenai ketentuan umum, tanggung jawab dan wewenang

[2] "Pramono Anung Minta Tunda Pengesahan RUU Tenaga Kesehatan." 24 September 2014. http://dpr.go.id/id/berita/pimpinan/2014/sep/24/8790/pramono-anung-minta-tunda-pengesahan-ruu-tenaga-kesehatan diakses tanggal 21 Oktober 2014.

pemerintah dan pemerintah daerah, kualifikasi dan pengelompokkan tenaga kesehatan, perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan, Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI), registrasi dan perizinan tenaga kesehatan, organisasi profesi, tenaga kesehatan warga negara indonesia lulusan luar negeri dan tenaga kesehatan warga negara asing, hak dan kewajiban tenaga kesehatan, penyelenggaraan keprofesian, penyelesaian perselisihan, pembinaan dan pengawasan, sanksi administratif, sanksi pidana, ketentuan peralihan dan ketentuan penutup.

Konten RUU Tenaga Kesehatan mencakup pengaturan untuk seluruh jenis tenaga kesehatan tidak terkecuali tenaga medis. Walaupun dalam amanah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Penjelasan Pasal 21 ayat (3) disebutkan bahwa pengaturan tenaga kesehatan di dalam undang-undang adalah tenaga kesehatan di luar tenaga medis. Hal ini terjadi karena pada awal penyusunan di Kementerian Kesehatan, substansi RUU tidak mencakup tenaga medis. Dalam pembahasan dengan DPR, berkembang penyatuan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) ke dalam Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia untuk menghindari terbentuknya beberapa konsil yang masing-masing bertanggung jawab kepada presiden. Beberapa pengaturan mengenai KKI sejak diundangkan UU Tenaga Kesehatan mengacu pada UU Tenaga Kesehatan. Pengaturan mengenai KKI dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 4 ayat (2), Pasal 17, Pasal 20 ayat (4) dan Pasal 21 dinyatakan dicabut dan tidak berlaku sejak diundangkannya UU Tenaga Kesehatan.

Dalam RUU Tenaga Kesehatan, tenaga di bidang kesehatan dibedakan menjadi dua, yaitu tenaga kesehatan dan asisten tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum diploma tiga, kecuali tenaga medis; sedangkan asisten tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi pendidikan menengah, diploma satu atau diploma dua di bidang kesehatan. Tenaga kesehatan dikelompokkan menjadi 13 jenis, yaitu tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi,tenaga keterapian fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional dan tenaga kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Dalam peraturan tenaga kesehatan sebelumnya, yaitu pada Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan Pasal 2 disebutkan 7 kelompok tenaga kesehatan yang terdiri dari 27 jenis tenaga kesehatan yaitu tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterapian fisik, dan tenaga keteknisian medis.

Berbagai jenis tenaga kesehatan tersebut didasarkan pada bidang keilmuannya, keprofesian dan adanya pendidikan tinggi dalam masing-masing jenis tenaga kesehatan tersebut. Saat ini ada sekitar 32 Perguruan Tinggi Politeknik Kesehatan di bawah Kementerian Kesehatan seperti keperawatan, kebidanan, keperawatan gigi, kesehatan lingkungan, gizi, fisioterapi, okupasi terapi, terapi wicara, ortotik prostetik, farmasi, analis farmasi dan makanan, teknik radio diagnostik dan radioterapi, analis kesehatan, teknik gigi, teknik elektromedik, refraksi optisi, perekam dan informatika kesehatan, teknologi transfusi darah, akupunktur, dan teknik kardiovaskuler. Berbeda dengan klasifikasi jenis tenaga kesehatan pada Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, pada RUU Tenaga Kesehatan terdapat penambahan jenis tenaga kesehatan yaitu tenaga psikologi klinis dan tenaga kesehatan tradisional. Selain itu, terdapat pemecahan jenis tenaga kesehatan yaitu tenaga kebidanan yang sebelumnya termasuk jenis tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lingkungan yang sebelumnya termasuk jenis tenaga kesehatan masyarakat, dan tenaga teknik biomedika yang sebelumnya termasuk jenis tenaga keteknisian medis.

WHO menggunakan pedoman ISCO-08 sebagai dasar pengelompokkan tenaga kesehatan yang digunakan dalam laporan internasional WHO. Pada ISCO-08 para profesional di bidang kesehatan dikelompokkan menjadi dokter yang terdiri dari dokter umum dan dokter spesialis, profesional perawat dan bidan yang terdiri dari profesi perawat dan profesi bidan, profesional pengobatan tradisional dan komplementer, praktisi paramedis, dokter hewan, dan jenis profesional kesehatan lainnya seperti dokter gigi, apoteker, dan profesional kesehatan dan keselamatan kerja, profesional kesehatan lingkungan, fisioterapis, dietisien dan nutrisionis, audiologis dan terapi wicara, optometris dan refraksionis optisien dan para profesional di bidang kesehatan lain yang tidak masuk kategori di atas. Selain tenaga medis, dikelompokkan juga para penunjang profesional di bidang kesehatan seperti teknisi medis dan farmasi, profesional penunjang perawat dan bidan, profesional pengobatan tradisional dan komplementer, teknisi dan asisten dokter hewan, jenis profesional penunjang lainnya (ILO, 2012).

Selain pengelompokkan tenaga kesehatan, konten RUU Tenaga Kesehatan mengenai perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan yang juga melibatkan pemerintah daerah provinsi maupun kabupaten/kota. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan pertimbangan jenis, kualifikasi, jumlah, pengadaan dan distribusi tenaga kesehatan, penyelenggaraan upaya kesehatan, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, kemampuan pembiayaan, kondisi geografis dan sosial budaya dan kebutuhan masyarakat.

Konteks UU Tenaga Kesehatan

Dalam teori sistem politik David Easton, pembentukan kebijakan tidak dapat dipertimbangkan secara memadai bila terpisah dari lingkungannya. Tuntutan-tuntutan menyangkut tindakan-tindakan kebijakan timbul dari dalam lingkungan dan ditransmisikan ke dalam sistem politik. Kebijakan publik dipandang sebagai tanggapan dari suatu sistem politik terhadap tuntutan-tuntutan yang timbul dari lingkungan, yang merupakan kondisi atau keadaan yang berada di luar batas-batas sistem politik. kekuatan-kekuatan yang timbul dari dalam lingkungan dan memengaruhi sistem politik dipandang sebagai input bagi sistem politik. Lingkungan dapat terdiri dari lingkungan budaya, politik, kondisi sosial dan ekonomi yang berpengaruh terhadap perumusan kebijakan publik (Winarno, 2012).

Budaya merupakan warisan sosial yang diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya, sehingga menjadi identitas dari suatu komunitas. Budaya hanya merupakan salah satu saja dari banyak faktor yang memengaruhi tindakan atau perilaku manusia. Tindakan manusia akan memengaruhi perumusan kebijakan. Seperti halnya dalam perumusan RUU Tenaga Kesehatan, ada nilai budaya yang secara umum melekat dalam dunia kesehatan di Indonesia. Seperti diketahui bahwa sejak dahulu kala masyarakat sudah mengenal pengobatan dan perawatan kesehatan yang dilakukan oleh dukun dan paraji hingga menjadi suatu budaya dalam suatu komunitas. Sampai saat ini, peran dukun dan paraji masih banyak dijumpai terutama di daerah DTPK dan DBK. Budaya pengobatan dan perawatan oleh dukun tersebut tidaklah cocok lagi dengan kondisi saat ini, dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dan berbagai macamnya jenis penyakit, serta gangguan kesehatan yang makin rumit. Seperti diketahui bahwa tingginya AKI salah satunya disebabkan oleh pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan masih jauh dari target 2015. Tidak dapat dipungkiri bahwa konteks budaya ini menjadi salah satu alasan untuk dirumuskannya RUU Tenaga Kesehatan. Dengan pengaturan dalam pasal mengenai pendayagunaan tenaga kesehatan di wilayah seluruh Indonesia dan hak memeroleh kenaikan pangkat istimewa, serta pelindungan dalam pelaksanaan tugas bagi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah DTPK.

Dari aspek sosial yang memengaruhi perumusan RUU Tenaga Kesehatan, dapat disebutkan bahwa kesehatan merupakan salah satu unsur kesejahteraan sosial yang menjadi cita-cita bangsa Indonesia yang hendak dicapai. Tidak dapat dipungkiri bahwa profesi maupun nonprofesi tenaga kesehatan merupakan bagian dari pekerjaan sosial yang tidak hanya menuntut imbalan hak, namun juga aspek pengabdian pada masyarakat. Kesehatan merupakan Hak Asasi Manusia, sehingga tenaga kesehatan merupakan pihak yang paling berperan dalam memberikan upaya pelayanan kesehatan.Tenaga kesehatan dituntut memiliki rasa simpati pada masyarakat. Sebagaimana yang diatur dalam Asas RUU Tenaga Kesehatan, disebutkan dalam asas pengabdian, bahwa pengaturan tenaga kesehatan diarahkan agar lebih mengutamakan kepentingan pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat dari pada kepentingan pribadi.

Selain budaya dan sosial, terdapat aspek politik dalam pembahasan RUU Tenaga Kesehatan. Proses politik kebijakan adalah proses legitimasi kebijakan publik sebagai solusi masalah publik dengan menyandarkan pada proses pembahasan kebijakan di lembaga politik yang diakui sebagai representatif publik. Hambatan legitimasi rekomendasi kebijakan menjadi kebijakan muncul ketika rekomendasi kebijakan tersebut mengalami tantangan dari kelompok lain (biasanya oposisi) dengan juga menyandarkan argumentasi atas nama publik. Kemudian proses politik kebijakan harus masuk ke dalam ranah tawar-menawar kepentingan. Kebijakan yang keluar dari proses politik berdasarkan politik tawar-menawar merumuskan bahwa kebijakan yang keluar sebagai pemenang adalah kebijakan yang lahir dari perekomendasi yang memiliki kekuatan paling besar dari suatu sistem politik (Indiahono, 2009). Pembuat keputusan mungkin menilai alternatif-alternatif kebijakan berdasarkan pada kepentingan partai politiknya beserta kelompoknya. Keputusan yang dibuat didasarkan pada keuntungan politik dengan dipandang sebagai sarana untuk mencapai tujuan-tujuan partai atau tujuan-tujuan kelompok kepentingan (Winarno, 2012). RUU Tenaga Kesehatan merupakan usul inisiatif pemerintah dalam Prolegnas 2010-2014. RUU tersebut telah

disusun di lingkungan pemerintah pada Juni 2010 dan masuk dalam pembicaraan tingkat I di DPR RI, pada September 2012. Proses pembahasan diwarnai dengan berbagai kepentingan yang saling tarik ulur, sehingga di akhir masa keanggotaan DPR-RI Periode 2009-2014, RUU Tenaga Kesehatan baru mendapat pengesahan untuk menjadi undang-undang. Salah satunya adalah dengan adanya pembahasan RUU Keperawatan yang menjadi usul inisiatif DPR yang menjadi pertimbangan politik apakah RUU Keperawatan atau RUU Tenaga Kesehatan yang dibahas terlebih dahulu.

Selain itu, dengan adanya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran membuat tenaga kesehatan lainnya merasa seperti didiskriminasikan karena tidak ada undang-undang yang secara *lex specialist* mengatur mengenai masing-masing tenaga kesehatan. Padahal sebelumnya, masing-masing tenaga kesehatan seperti perawat, farmasi, bidan telah membuat masing-masing undang-undang namun yang disahkan hanya UU Praktik Kedokteran. Masalah ini juga yang melatarbelakangi kelompok kepentingan RUU Keperawatan terus menyuarakan agar segera dibahas dan disahkan RUU Keperawatan.Tabel 2 merupakan perbandingan urutan dalam Prolegnas.

Dalam RUU Tenaga Kesehatan terdapat beberapa pihak yang merasa kepentingannya terganggu, yaitu IDI dan PDGI. Keduanya menyampaikan penolakan RUU Tenaga Kesehatan melalui surat surat Pengurus Besar IDI Nomor 5093/PB/E.9/09/2014. Beberapa poin keberatan tersebut disampaikan melalui Konsil Kedokteran Indonesia, yang dibacakan pada saat rapat kerja dengan pemerintah, sebagai tanda akhir telah selesainya pembahasan tingkat I. Adapun poin keberatan yang disampaikan, antara lain: materi draft awal RUU Tenaga Kesehatan memiliki substansi yang mengakui keberadaan UU Praktik Kedokteran. Sebagaimana yang tertuang dalam Pasal 4, yaitu: "Undang-undang ini mengatur mengenai tenaga kesehatan, kecuali hal-hal yang telah diatur dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran." Hal ini sejalan dengan amanah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pada penjelasan Pasal 21 ayat (3) yang berbunyi pengaturan tenaga kesehatan di dalam undang-undang adalah tenaga kesehatan di luar tenaga medis. Tetapi, pada draft terakhir RUU, substansi Pasal 4 hilang. Selain itu, pembahasan RUU Tenaga Kesehatan ini juga tidak melibatkan organisasi profesi, sehingga menimbulkan kebingungan dalam penafsiran dan tujuan disusunnya RUU. Hal tersebut tidak sesuai dengan tata cara penyusunan peraturan perundang-undangan yang baik dan baku. Seharusnya, setiap penyusunan peraturan perundang-undangan melibatkan semua pemangku kepentingan yang akan terlibat atau terdampak dari peraturan perundang-undangan. Usulnya, yaitu secara tegas menolak RUU Tenaga Kesehatan dan meminta untuk meninjau kembali seluruh materi muatan RUU, dengan melibatkan semua organisasi profesi kesehatan seperti IDI, PDGI, PPNI, IBI, IAI dan lainnya.

Pemerintah menanggapi keberatan IDI dan PDGI dengan menjelaskan bahwa pada awal penyusunan RUU, organisasi profesi telah diajak membahas bersama pemerintah, namun karena kemudian substansi RUU tidak mencakup tenaga medis, maka IDI dan PDGI tidak turut dalam pembahasan berikutnya. Demikian pula, pada RUU awal tidak didesain penyatuan KKI ke dalam KTKI. Gagasan penyatuan KKI ke dalam KTKI baru muncul pada pembahasan di akhir bulan

Tabel 2. Perbandingan RUU dalam Prolegnas

RUU	Nomor Urut
Prolegnas 2005-2009	
RUU Praktik Kefarmasian	159
RUU Praktik Perawat	160
RUU Praktik Bidan	161
RUU Tenaga Kesehatan	-
Prolegnas 2010-2014	
RUU Keperawatan	18
RUU Praktik Bidan	202
RUU Praktik Kefarmasian	203
RUU Tenaga Kesehatan	70

Sumber: Prolegnas 2005-2009 dan Prolegnas 2010-2014

Agustus 2014, untuk menghindari terbentuknya beberapa konsil yang masing-masing bertanggung jawab kepada Presiden. Pertimbangan IDI tersebut, tidak berpengaruh pada keberlanjutan rapat. Rapat tetap dilanjutkan pada tingkatan berikutnya, yaitu Sidang Paripurna tanggal 29 September 2014.

Selain itu, dalam RUU Tenaga Kesehatan terdapat hak politik untuk membentuk satu organisasi profesi. Salah satu anggota fraksi PDIP Komisi IX menilai bahwa dengan diaturnya hanya dapat dibentuk satu organisasi profesi maka ini akan membatasi hak politik (Republika, 2014). Organisasi profesi hendaknya hanya satu sesuai dengan teori Pavalko yang mengatakan bahwa dalam profesi dituntut adanya kesamaan tujuan sehingga, adanya satu organisasi profesi merupakan wujud dari adanya satu profesi (Blais, 2007). Oleh karena itu, pengaturan mengenai satu organisasi profesi merupakan suatu hal yang tepat.

Lebih lanjut, aspek ekonomi juga terlihat dalam perumusan RUU Tenaga Kesehatan. Aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan tidak dapat dilepaskan begitu saja dari kondisi sosial ekonomi yang melingkupinya. Kelompok yang dirugikan secara ekonomi akan meminta pemerintah untuk melindungi kepentingannya, sehingga mendorong pemerintah untuk melindungi mereka. Sektor kesehatan telah menjadi bagian dari industri yang memberikan lapangan pekerjaan yang luas. Ungkapan bahwa kesehatan adalah area yang padat karya menunjukkan bahwa banyak orang yang bekerja dalam sektor kesehatan. Di Amerika dan Eropa, terdapat sekitar 700 kategori pekerjaan dalam sektor pelayanan kesehatan dan lebih dari 5 persen dari pekerja berada dalam sektor kesehatan. Hal ini menyebabkan sektor kesehatan sebagai industri individual terbesar yang memberi pekerjaan di Amerika dan juga negara-negara Eropa sehingga organisasi pelayanan kesehatan atau industri kesehatan disebut-sebut sebagai industri individual terbesar yang memberi pekerjaan (Ayuningtyas, 2014). Ekonomi terkait dengan kesejahteraan tenaga kesehatan. Dengan adanya RUU Tenaga Kesehatan, terdapat pembagian tugas pelimpahan yang berasal dari tenaga medis dan kefarmasian. Hal ini terkait dengan hak tenaga kesehatan yaitu memperoleh imbalan jasa atas praktik dan tugas lain yang dikerjakan.

Aspek hukum dirumuskannya RUU Tenaga Kesehatan adalah memberikan pelindungan hukum kepada masyarakat dalam menerima penyelenggaraan upaya kesehatan dan memberikan kepastian hukum kepada tenaga kesehatan. Pelindungan hukum menjadi hak tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi dan standar operasional prosedur. Dalam RUU Tenaga Kesehatan juga diatur mengenai ketentuan pidana bagi setiap orang yang bukan tenaga kesehatan, yang melakukan praktik seolah-olah sebagai tenaga kesehatan; setiap tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian berat, yang menyebabkan pasien luka berat ataupun meninggal; dan kepada setiap tenaga kesehatan baik warga negara Indonesia maupun warga negara asing, yang dengan sengaja menjalankan praktik tanpa surat tanda registrasi dan tanpa surat izin praktik.

Proses Penyusunan Undang-Undang Tenaga Kesehatan

Dalam penyusunan RUU, menteri membentuk panitia antarkementerian. Pengharmonisasian, pembulatan dan pemantapan konsepsi RUU dikoordinaskan oleh Menteri Hukum dan HAM. RUU tenaga kesehatan disusun sejak bulan Juni 2010 dengan terlebih dahulu dikeluarkannya persetujuan Presiden atau izin prakarsa pada tanggal 25 Juni 2010. Dilakukan beberapa kali rapat internal Kementerian Kesehatan,yang dihadiri seluruh unit utama Kemenkes dan KKI, serta rapat internal Kemenkes dengan seluruh perwakilan organisasi profesi atau asosiasi tenaga kesehatan. Selanjutnya, RUU diusulkan masuk dalam Prolegnas prioritas tahun 2011, sebagai usul inisiatif pemerintah. Tetapi, pembahasan menjadi terhenti ketika Baleg DPR mengumumkan RUU menjadi usul inisiatif DPR pada Prolegnas 2011. Meskipun demikian, rapat BPHN Kementerian Hukum dan HAM bersama Baleg DPR mengalihkan RUU Tenaga Kesehatan menjadi usul inisatif pemerintah, sehingga dilanjutkan rapat pembahasan internal Kemenkes, maupun rapat dengan organisasi profesi, rapat panitia kerja pemerintah. Rapat-rapat tersebut dilakukan dalam kurun waktu April sampai Juli 2011 dilanjutkan dengan mengirimkan naskah akademik dan draft RUU untuk proses harmonisasi di Kementerian Hukum dan HAM. Rapat harmonisasi dimulai bulan September hingga November 2011. Selanjutnya, dikirim ke BPHN Kementerian Hukum dan HAM untuk pengajuan Prolegnas 2012. Menteri Kesehatan mengirim surat kepada Presiden pada Januari 2012 untuk pengajuan RUU Tenaga Kesehatan ke DPR sehingga lahirnya surat Presiden.

RUU Tenaga Kesehatan dari Presiden diajukan dengan Surat Presiden Nomor R-75/Pres/09/2012 kepada Ketua DPR RI pada tanggal 24 September 2012. Surat dari Presiden memuat penyampaian RUU Tenaga Kesehatan untuk dibahas bersama

dengan DPR, agar mendapatkan persetujuan bersama. Surat tersebut juga berisi penugasan pihak dari pemerintah yang mewakili Presiden dalam membahas RUU Tenaga Kesehatan. Pihak tersebut adalah Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi dan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia.

Selanjutnya melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 094/Menkes/SK/III/2014 tentang Panitia Kerja Pemerintah Pembahasan RUU tentang Tenaga Kesehatan, membentuk Panitia Kerja di lingkungan pemerintah. Tujuannya adalah mempersiapkan bahan dan memberikan masukan kepada pimpinan Panja Pemerintah pada pembahasan di DPR, menyempurnakan bahan-bahan masukan dan tanggapan yang diperlukan dalam mendukung proses pembahasan dan mempersiapkan dukungan substansi sesuai kesepakatan pembahasan menurut tugas dan fungsi masing-masing. Struktur Panja Pemerintah terdiri dari Menteri Kesehatan sebagai pelindung, Wakil Menteri Kesehatan dan Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan sebagai pengarah, Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan sebagai ketua, Staf Ahli Menteri Bidang Mediko Legal sebagai wakil ketua, Kepala Biro Hukum dan Organisasi Setjen Kementerian Kesehatan dan Sekretaris Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan sebagai sekretaris.

Sebagai respon atas surat Presiden, Badan Musyawarah DPR menugaskan Komisi IX DPR sebagai alat kelengkapan dewan yang akan membahas RUU bersama dengan wakil dari pemerintah. Sesuai dengan Peraturan Tata tertib DPR RI Pasal 138, pembicaraan tingkat I dilakukan dalam rapat kerja, rapat panitia kerja, rapat tim perumus dan rapat tim sinkronisasi. Komisi IX DPR telah melakukan pembahasan RUU Tenaga Kesehatan melalui:

1. Rapat Kerja Komisi IX terdiri dari semua anggota Komisi IX DPR dengan Menteri Kesehatan serta perwakilan dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Kementerian Hukum dan HAM.
2. Rapat Panitia Kerja RUU Tenaga Kesehatan terdiri dari 29 anggota DPR. Anggota Panja tersebut paling banyak separuh dari jumlah anggota Komisi IX. Panja bertugas membahas substansi RUU.
3. Rapat Tim Perumus. Keanggota timus paling banyak 2/3 dari jumlah anggota Panja. 19 orang dari 29 orang. Timus bertugas merumuskan materi RUU sesuai dengan keputusan raker dan rapat panja, bersama-sama dengan menteri, diwakili oleh pejabat eselon I yang membidangi materi RUU yang sedang dibahas.

Tabel 3 Perbandingan Komposisi Anggota Raker, Panja dan Timus dalam Pembahasan Tingkat I RUU Tenaga Kesehatan Tahun 2014

No.	Fraksi Partai	Panja	Timus
1.	Pimpinan	4	4
2.	FPD	6	4
3.	FPG	5	3
4.	FPDI-P	4	3
5.	FPKS	3	2
6.	FPAN	2	1
7.	FPPP	1	2
8.	FPKB	2	1
9.	FPGerindra	1	2
10.	FPHanura	1	1
	Jumlah	29 orang	19 orang

Sumber: Data diolah dari Dokumen Komisi IX DPR RI Tahun 2014.

Penunjukan menteri yang ditugasi mewakili presiden dalam melakukan pembahasan dengan DPR. DPR mulai membahas RUU dalam jangka waktu paling lama enam puluh hari terhitung sejak surat presiden diterima. Pembahasan RUU dilakukan oleh DPR bersama presiden atau menteri yang ditugasi. Pembahasan RUU dilakukan melalui dua tingkat pembicaraan yaitu:

a. Pembicaraan tingkat I dalam rapat komisi. RUU Tenaga Kesehatan mulai masuk ke dalam pembicaraan tingkat I pada tanggal 27 November 2013. Pembicaraan tingkat I diawali dengan penjelasan pemerintah atas RUU Tenaga Kesehatan, pandangan fraksi-fraksi atas RUU Tenaga Kesehatan, pembahasan jadwal acara rapat pembicaraan tingkat I dan penyerahan DIM oleh komisi IX DPR. Penunjukan anggota DPR sebagai ketua panja adalah Pimpinan Komisi IX DPR RI sedangkan dari pemerintah yaitu Kepala Badan PPSDM Kesehatan. Kegiatan pembahasan selanjutnya dilakukan melalui rapat kerja, rapat panitia kerja dan rapat tim perumus antara pemerintah dan DPR. Proses pembahasan RUU Tenaga Kesehatan dilakukan secara simultan dengan RUU Keperawatan agar pengaturan tetap sinkron dan tidak ada pengaturan yang

bertentangan. Penandatanganan selesainya tingkat I dilakukan di Komisi IX DPR RI pada tanggal 11 September 2014. Dalam acara tersebut, pemerintah yang diwakili oleh Menteri Kesehatan memutuskan bahwa seluruh fraksi dan pemerintah menyepakati RUU Tenaga Kesehatan untuk dilanjutkan ke pembicaraan tingkat II agar dapat disahkan menjadi undang-undang. Sebelum penandatanganan tingkat I, kesembilan fraksi telah membacakan masing-masing pendapat mini fraksi dan telah menyerahkan secara tertulis kepada Pimpinan Komisi IX dan kepada Menteri Kesehatan. Urutan prosesnya, yaitu: ucapan pengantar pimpinan Komisi IX DPR terhadap RUU Tenaga Kesehatan, laporan panja RUU Tenaga Kesehatan, pembacaan naskah RUU Tenaga Kesehatan, Pendapat Mini Fraksi, sambutan pemerintah, penandatanganan naskah RUU Tenaga Kesehatan, pengambilan keputusan untuk melanjutkan pada pembicaraan tingkat II dalam rapat Paripurna DPR.

b. Pembicaraan tingkat II dalam rapat paripurna. RUU Tenaga Kesehatan masuk pada pembicaraan tingkat II pada tanggal 29 September 2014. Kegiatannya antara lain penyampaian laporan yang berisi latar belakang disusunnya RUU, proses pembahasan RUU, dan hasil pembicaraan tingkat I. Setelah itu, tanggapan fraksi yang berupa pernyataan persetujuan atau penolakan dari tiap-tiap fraksi dan anggota secara lisan dan terakhir pendapat akhir presiden yang disampaikan oleh menteri yang mewakilinya. RUU yang telah disetujui bersama oleh DPR dan presiden, disampaikan oleh pimpinan DPR kepada presiden untuk disahkan menjadi undang-undang dalam jangka waktu paling lama tujuh hari, terhitung sejak tanggal persetujuan bersama. RUU disahkan oleh presiden dengan membubuhkan tanda tangan dalam jangka waktu paling lama tiga puluh hari terhitung sejak RUU disetujui bersama oleh DPR dan presiden.

Penutup

Penyusunan RUU Tenaga Kesehatan melibatkan faktor-faktor, konten, konteks, dan proses. Aktor yang terlibat antara lain pemerintah, presiden, anggota legislatif, kelompok kepentingan dan partai politik. Konten berisi mengenai ketentuan umum, tanggung jawab dan wewenang pemerintah dan pemerintah daerah, kualifikasi dan pengelompokkan tenaga kesehatan, perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan, konsil tenaga kesehatan Indonesia, registrasi dan perizinan tenaga kesehatan, organisasi profesi, tenaga kesehatan warga negara Indonesia lulusan luar negeri dan tenaga kesehatan warga negara asing, hak dan kewajiban tenaga kesehatan, penyelenggaraan keprofesian, penyelesaian perselisihan, pembinaan dan pengawasan, sanksi administratif, sanksi pidana, ketentuan peralihan dan ketentuan penutup. Konteks RUU Tenaga Kesehatan antara lain konteks budaya, sosial, politik, ekonomi dan hukum. Sedangkan, prosesnya dimulai tahun 2010 hingga selesai tahun 2014.

Saran yang dapat diberikan dalam penyusunan suatu kebijakan yang akan datang, yaitu diperlukan keterlibatan aktif dari masyarakat ataupun kelompok kepentingan, guna mendapatkan kesamaan sudut pandang yang akan mempermudah penyusunan dan pelaksanaan kebijakan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

Adisasmito, Wiku. 2013. *Perancangan Naskah Akademik dan Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).

Ayuningtyas, Dumilah. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Blais, Kathleen Koenig, dkk. 2007. *Praktik Keperawatan Profesional: Konsep & Perspektif*. Jakarta: EGC.

Buse, Kent, Nicholas Mays and Gill Walt. 2005. *Making Health Policy*. England: Open University Press.

Departemen Kesehatan RI. 2009. Sistem Kesehatan Nasional.

Dunn, William N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Indiahono, Dwiyanto. 2009. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analisys*. Yogyakarta: Penerbit Gava Medika.

International Labour Organization. 2012. *International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08) Volume 1: Structure, Group Definitions and Correspondence Tables.* Geneva: ILO Publications.

Kementerian Kesehatan RI. 2014. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013.

Kronenfeld, Jennie J. 2002. *Health Care Policy: Issues and Trends.* USA: Praeger Publishers.

Kurniati, Anna dan Ferry Efendi. 2012. *Kajian SDM Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Penerbit Salemba medika.

Republika. *Kutipan Putusan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia*. 28 Juni 2011.

Republika. *Beda dengan Fraksi, RiekeNilai UU Tenaga Kesehatan Diskriminatif.* 26 September 2014.

Winarno, Budi. 2012. *KebijakanPublik: Teori, Proses, dan Studi Kasus*. Yogyakarta: CAPS.

World Health Organization. 2006. *The World Health Report 2006: Working Together for Health.* Geneva: WHO Press.

Wahab, Solichin Abdul. 1997. *Analisis Kebijaksanaan: dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara.* Jakarta: BumiAksara.

Internet

"Pramono Anung Minta Tunda Pengesahan RUU Tenaga Kesehatan." http://dpr.go.id/id/ berita/ pimpinan/2014/sep/24/8790/pramono-anung-minta-tunda-pengesahan-ruu-tenaga-kesehatan diakses tanggal 21 Oktober 2014.

World Health Organization. 2014. "Health Policy."http:// www.who.int/topics/ health_policy/en/ diakses tanggal 2 Oktober 2014.