



SALINAN

PUTUSAN
Nomor 36/PUU-XVIII/2020

DEMI KEADILAN BERDASARKAN KETUHANAN YANG MAHA ESA

MAHKAMAH KONSTITUSI REPUBLIK INDONESIA

[1.1] Yang mengadili perkara konstitusi pada tingkat pertama dan terakhir, menjatuhkan putusan dalam perkara Pengujian Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekejarantinaan Kesehatan terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang diajukan oleh:

1. Nama : **Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia (MHKI)**
yang diwakili oleh dr. Mahesa Paranadipa Maykel, M.H.,
selaku ketua umum

Alamat : Jalan Pemuda 288 RT 003/RW 01, Kelurahan Jati,
Kecamatan Pulo Gadung, Jakarta Timur

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon I;**

2. Nama : **dr. Eva Sri Diana, Sp.P, FISR**

Pekerjaan : dokter

Alamat : Jalan Kemuning Dalam I Nomor 110 RT 005/RW 006,
Pasar Minggu

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon II;**

3. Nama : **dr. Mohamad Adib Khumaidi, Sp. OT.,**

Pekerjaan : dokter

Alamat : Perumahan Banjar Wijaya Cluster Krisan Blok B 67/10
RT 01/RW 012, Cipete

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon III;**

4. Nama : **dr. Ayu**

Pekerjaan : dokter

Alamat : Villa Bogor Indah Blok DD I Nomor 1-2 RT 004/ RW

013, Bogor Utara

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon IV;**

5. Nama : **dr. Aisyah**

Pekerjaan : dokter

Alamat : Komp. Puspiptek Blok III-D/29 RT 022 RW 006, Setu

Selanjutnya disebut sebagai ----- **Pemohon V;**

Dalam hal ini berdasarkan Surat Kuasa Khusus bertanggal 15 Juni 2020, memberi kuasa kepada **Zico Leonard Djagardo Simanjuntak, S.H., Mochamad Roem Djibran, S.H, M.H., Djarot Dimas Achmad Andaru, S.H., Leon Maulana Mirza Pasha, S.H., Timothy Ivan Triyono, S.H, Aisyah Sharifa, dan Vini Rismayanti Putri, S.H.**, bertindak untuk secara bersama-sama maupun sendiri-sendiri untuk dan atas nama pemberi kuasa;

Selanjutnya disebut sebagai ----- **para Pemohon;**

- [1.2]** Membaca permohonan para Pemohon;
 Mendengar keterangan para Pemohon;
 Memeriksa bukti-bukti para Pemohon;
 Mendengar dan membaca keterangan Dewan Perwakilan Rakyat;
 Mendengar dan membaca keterangan Presiden;
 Memeriksa bukti-bukti Presiden;
 Mendengar dan membaca keterangan ahli Pemohon;
 Mendengar keterangan saksi Pemohon;
 Mendengar keterangan saksi Presiden;
 Membaca kesimpulan para Pemohon dan Presiden.

2. DUDUK PERKARA

- [2.1]** Menimbang bahwa para Pemohon telah mengajukan permohonan dengan surat permohonan bertanggal 12 Mei 2020, yang diterima di Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi (selanjutnya disebut Kepaniteraan Mahkamah) pada hari Selasa, tanggal 12 Mei 2020, berdasarkan Akta Penerimaan Berkas Permohonan Nomor 74/PAN.MK/2020 dan dicatat dalam Buku Registrasi Perkara Konstitusi dengan Nomor 36/PUU-XVIII/2020 pada tanggal 19 Mei 2020, yang telah diperbaiki dengan permohonan bertanggal 29 Juni 2020 dan diterima di

Kepaniteraan Mahkamah pada tanggal 29 Juni 2020, yang pada pokoknya menguraikan hal-hal sebagai berikut:

I. KEWENANGAN MAHKAMAH KONSTITUSI

1. Ketentuan Pasal 24C Ayat (1) UUD 1945 *juncto* Pasal 10 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 sebagaimana diubah dengan Undang-undang Nomor 8 Tahun 2011 tentang Mahkamah Konstitusi menyatakan bahwa salah satu kewenangan Mahkamah Konstitusi adalah melakukan pengujian undang-undang terhadap Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945;

Pasal 24 C Ayat (1) UUD 1945

“Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk menguji Undang-Undang terhadap Undang-Undang Dasar,...”

2. Kewenangan konstitusional yang dimiliki oleh Mahkamah Konstitusi tersebut telah dituangkan juga kedalam berbagai peraturan perundang-undangan, yakni (i) Pasal 10 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 24 tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi yang telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2011; dan (ii) Pasal 29 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman.
3. Selain itu, Pasal 7 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, mengatur jenis dan hierarki kedudukan UUD 1945 lebih tinggi daripada undang-undang. Oleh karena itu, setiap ketentuan undang-undang tidak boleh bertentangan dengan UUD 1945. Jika terdapat ketentuan dalam undang-undang yang bertentangan dengan UUD 1945, ketentuan tersebut dapat dimohonkan untuk diuji melalui mekanisme pengujian undang-undang;
4. Oleh karena Pemohon memohon untuk melakukan pengujian Undang-Undang terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945, maka Mahkamah Konstitusi berwenang untuk menerima, memeriksa dan mengadili permohonan ini.

II. KEDUDUKAN HUKUM (*LEGAL STANDING*) PEMOHON DAN KEPENTINGAN KONSTITUSIONAL PEMOHON

1. Pasal 51 Ayat (1) UU Mahkamah Konstitusi mengatur bahwa: *“Pemohon adalah pihak yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya undang-undang, yaitu:*
 - a. *Perorangan warga negara Indonesia;*
 - b. *Kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam undang-undang;*
 - c. ***Badan hukum publik atau privat;*** atau
 - d. *Lembaga negara.*

Selanjutnya Penjelasan Pasal 51 Ayat (1) menyatakan: *Yang dimaksud dengan hak konstitusional adalah hak-hak yang diatur dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;*

2. Kemudian, sejak Putusan Nomor 006/PUU-III/2005, Mahkamah Konstitusi telah menentukan 5 (lima) syarat adanya kerugian konstitusional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 sebagaimana diubah dengan Undang-undang Nomor 8 Tahun 2011 sebagai berikut:
 - a. *Harus ada hak konstitusional pemohon yang diberikan oleh UUD 1945;*
 - b. *Hak konstitusional tersebut dianggap dirugikan oleh berlakunya suatu undang-undang;*
 - c. *Kerugian hak konstitusional tersebut bersifat spesifik dan aktual, atau setidaknya-tidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;*
 - d. *Ada hubungan sebab akibat (causal verband) antara kerugian hak konstitusional dengan undang-undang yang dimohonkan pengujian;*
 - e. *Ada kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan, maka kerugian hak konstitusional yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi;*
3. Berdasarkan Pasal 51 ayat (1) huruf a UU Mahkamah Konstitusi, perorangan warga negara Indonesia dan badan hukum dapat

mengajukan permohonan Pengujian Undang-Undang terhadap UUD 1945;

4. Pemohon mengujikan pengujian Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan Pasal 6 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan yang berbunyi:

Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular

“(1) Kepada para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) dapat diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya.”

Pasal 6 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan

“Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap ketersediaan sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Keekarantinaan Kesehatan”

5. Pemohon mendasarkan pengujian terhadap pasal dalam UUD 1945 yang masing-masing berbunyi sebagai berikut:

Pasal 27 ayat (2)

“Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”

Pasal 28D ayat (1)

“Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum.”

Pasal 34 ayat (3)

“Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”

6. Pemohon yang diwakili oleh ketua umumnya (bukti P-4) adalah **badan hukum perkumpulan** yang bersifat independen, terbuka, berdasarkan keilmuan dan profesi berasaskan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia tahun 1945. Sebagaimana ketentuan dalam Pasal 51 ayat (1) huruf c UU Mahkamah Konstitusi, maka MHKI sebagai badan hukum dapat bertindak sebagai Pemohon dalam perkara *a quo*;

7. Sebagaimana AD/ART Pemohon (bukti P-5), dimana berdasarkan ketentuan Pasal 14 Anggaran Dasar *juncto* Pasal 6 Anggaran Rumah Tangga, Ketua Umum MHKI yang dipilih oleh KONAS MHKI sebagai forum pengambilan keputusan tertinggi di MHKI, berwenang dalam bertindak untuk dan atas nama MHKI. Juga, berdasarkan Anggaran Dasar, MHKI bermaksud menghimpun, membina, memajukan Hukum Kesehatan di Indonesia melalui kajian, penelitian, pelatihan, mediasi, advokasi, dan diskusi dalam bidang Hukum kesehatan untuk kepentingan kemanusiaan dan Hak-hak azasi manusia. Oleh karena itu tujuan MHKI adalah:
 - a. Memajukan ilmu Hukum Kesehatan di Indonesia;
 - b. Memberikan solusi terbaik kepada pemerintah dan atau lembaga lain dalam permasalahan hukum kesehatan di Indonesia;
 - c. Mendorong peningkatan minat, apresiasi, kemampuan, dan keterampilan sumber daya manusia Indonesia terhadap Hukum Kesehatan melalui pendidikan formal;
 - d. Terwujudnya perilaku dan lingkungan hidup sehat di dalam masyarakat.
8. Pengujian Undang-Undang dalam perkara *a quo* sangat erat kaitannya dengan permasalahan penanganan dan regulasi COVID-19, dalam hal regulasi sumber daya alat, sumber daya tenaga manusia, maupun prosedur dan pengaturannya. MHKI yang memiliki tujuan sebagaimana dijelaskan dalam AD/ART, serta keanggotaan MHKI yang mana mayoritas adalah tenaga medis yang berjuang melawan COVID-19, menjadi suatu kenyataan bahwa MHKI memiliki kapasitas (*legal standing*) untuk mengajukan permohonan *a quo*;
9. Pemohon II adalah perorangan warga negara Indonesia (Bukti P-7) yang hak-hak konstitusionalnya secara aktual terlanggar. Pemohon II adalah dokter spesialis pulmonologi dan kedokteran respirasi (paru) yang saat ini bertugas berjuang melawan pandemi COVID-19 di RSUD Pasar Rebo, RS Harapan Bunda, dan bahkan pernah membantu di Wisma Atlet. Dalam perjuangan tersebut, Pemohon II merasakan dengan sangat bagaimana kurangnya perlindungan hak-hak fundamental dasar seperti Alat Pelindung Diri. Kelangkaan Alat Pelindung Diri

menyebabkan Pemohon II dalam perjuangan tugasnya melawan Pandemi COVID-19 harus menggunakan satu masker untuk seminggu, menggunakan baju pelindung hasil donasi ala kadarnya, yang baru dipakai sudah rusak, begitu pula dengan sarung tangan (Bukti P-8). Padahal, di tempat kerja Pemohon II, jumlah tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang positif COVID-19 sudah mencapai hampir 50 orang, namun oleh karena sudah sangat terbatasnya tenaga medis, mereka yang melakukan kontak dengan sesama rekan kerja maupun pasien positif COVID-19 tetap harus bekerja dengan kondisi Alat Pelindung Diri yang juga sangat minim;

10. Pemohon III adalah perorangan warga negara Indonesia (Bukti P-9) yang hak-hak konstitusionalnya secara aktual terlanggar. Pemohon III bekerja sebagai dokter di RSUD Cengkareng. Sekalipun tidak secara langsung menangani pasien COVID-19, namun rumah sakit tempat Pemohon III bekerja adalah rumah sakit rujukan bagi pasien COVID-19 sehingga kondisi kerja Pemohon III dikelilingi oleh pasien positif COVID-19 (Bukti P-10). Mengingat bahwa COVID-19 merupakan wabah penyakit menular yang dapat menginfeksi hanya dengan berada pada satu *space* atau wilayah yang sama, Pemohon III merasakan dengan sangat “kondisi perang” dengan COVID-19 yang dialami dengan keterbatasan Alat Pelindung Diri, sebab bagi dokter spesialis yang memang menangani COVID-19 saja sudah sangat minim ketersediaan Alat Pelindung Diri, apalagi bagi dokter yang tidak menangani COVID-19. Padahal, Pemohon III juga terus dalam bahaya terinfeksi COVID-19. Selain itu, bagi tenaga medis seperti Pemohon III, maupun tenaga kesehatan dan pegawai fasilitas kesehatan lainnya, tidak disediakan insentif maupun santunan karena tidak secara langsung menangani pasien COVID-19. Padahal, setiap saatnya Pemohon III tetap dapat terinfeksi COVID-19, dan bahkan juga gugur. Saat ini, hak dan perlindungan yang demikian terhadap tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan yang tidak secara langsung menangani pasien COVID-19 terabaikan.

11. Pemohon IV dan Pemohon V adalah perorangan warga negara Indonesia (Bukti P-11 & Bukti P-12) yang hak konstitusionalnya

terlanggar. Pemohon IV dan Pemohon V adalah dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Bukti P-13 & Bukti P-14). Tenaga medis yang berada di fasilitas kesehatan tingkat pertama juga mengalami bahaya terkena COVID-19 karena fasilitas kesehatan tingkat pertama diberikan peran untuk melakukan pemeriksaan pasien penderita dan terduga COVID-19 secara aktif. Demi melindungi para tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun para pegawai fasilitas kesehatan, seharusnya semua pemeriksaan terhadap pasien terduga COVID-19 dilakukan dengan metode pemeriksaan yang paling akurat, dan rekam jejak pemeriksaan medis tersebut harus dapat diakses atau diketahui dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Pemohon IV dan Pemohon V. Dikarenakan masih lama dan berbelitnya proses pemeriksaan COVID-19 hingga mendapatkan hasil pemeriksaan, dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama seringkali terlambat mengetahui bahwa pasien yang pernah diperiksa olehnya terkena COVID-19, bahkan hingga sehari-hari maupun berminggu-minggu;

12. Berdasarkan hal-hal yang diuraikan di atas, jelaslah bahwa Para Pemohon memiliki kedudukan hukum untuk mengajukan permohonan *a quo*;

III. ALASAN MENGAJUKAN PERMOHONAN PROVISI

1. Terhadap permohonan *a quo*, Para Pemohon mengajukan permohonan provisi. Pada praktiknya, sekalipun tidak diatur, Mahkamah Konstitusi pernah menjatuhkan putusan provisi dalam Putusan Nomor 133/PUU-VII/2009;
2. Mahkamah telah menyatakan bahwa “...*meskipun dalam UU MK tidak dikenal putusan provisi dalam perkara pengujian undang-undang, seiring dengan perkembangan kesadaran hukum, kebutuhan praktik dan tuntutan rasa keadilan masyarakat serta dalam rangka memberikan perlindungan dan kepastian hukum yang adil, Mahkamah memandang perlu menjatuhkan putusan provisi... dengan mendasarkan pada aspek keadilan, keseimbangan, kehati-hatian, kejelasan tujuan, dan penafsiran yang dianut dan telah berlaku tentang kewenangan Mahkamah dalam menetapkan putusan sela*” (vide Paragraf [3.12], halaman 30 Putusan Provisi MK No. 133/PUU-VII/2009);

3. Selain itu, Mahkamah menegaskan bahwa "...Mahkamah dalam Perkara Nomor 133/PUU-VII/2009 mengabulkan permohonan provisi para Pemohon... **karena terdapat alasan yang kuat untuk itu...**" (**vide Paragraf [3.8], halaman 100 Putusan MK No. 36/PUU-XV/2017**);
4. **Para Pemohon mengajukan permohonan provisi dengan alasan yang sangat kuat**, dimana permohonan *a quo* sangatlah erat kaitannya dengan penanganan Pandemi COVID-19 di Indonesia yang hingga saat *permohonan* ini diajukan, masih berlangsung. Telah kita amini bersama, bahwa masyarakat adalah garda terdepan dan tenaga medis tenaga kesehatan, serta pegawai fasilitas kesehatan adalah benteng terakhir melawan COVID-19. Pemerintah pun juga telah berulang kali menyampaikan apresiasinya secara verbal terhadap tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan ([tiny.cc/Jokowiberterimakasih](https://www.tiny.cc/Jokowiberterimakasih)). Namun, semua itu tidaklah cukup karena yang sangat dibutuhkan adalah pemenuhan hal-hal dasar dalam melawan COVID-19 seperti Alat Pelindung Diri dimana saat ini masih banyak terjadi kekurangan Alat Pelindung Diri bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan ([tiny.cc/minimAPD](https://www.tiny.cc/minimAPD)). Sebagaimana dialami dan dijabarkan oleh para Pemohon, **langkanya dan mahalnya alat Pelindung Diri sangat berdampak, karena konsekuensinya adalah para tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan yang merawat pasien COVID-19 akhirnya juga jadi menderita COVID-19, dan tidak menutup kemungkinan, menjadi gugur**;
5. Selain itu, mengingat bahwa perlawanan terhadap COVID-19 menjadi *prioritas* utama rakyat Indonesia, dimana tenaga medis, tenaga kesehatan, dan juga pegawai fasilitas kesehatan mengorbankan seluruh tenaga dan waktunya semata-mata *Pro Humanitate* (Demi Kemanusiaan), bahkan dengan resiko gugur dalam perjuangan, maka sangat perlu dijamin perlindungan terhadap hak penghidupan yang layak bagi para tenaga medis, tenaga kesehatan dan pegawai fasilitas kesehatan. **Hak penghidupan yang layak ini harus dilakukan melalui insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, pegawai fasilitas**

kesehatan, maupun santunan bagi keluarga dari mereka yang gugur;

6. Hal ini juga diperparah dengan lama dan berbelitnya proses pemeriksaan COVID-19, dokter penanggung jawab pasien seringkali tidak mengetahui status COVID-19 pasien yang dirawatnya hingga berhari-hari hingga berminggu-minggu. Seringkali juga tidak terdapat pemberitahuan resmi dari pemerintah kepada dokter yang merawat pasien;
7. Semua alasan-alasan yang sangat kuat pada angka 4, angka 5, angka 6 di atas, masih ditambah lagi dengan kenyataan bahwa **pandemi COVID-19 belum berakhir**. *Setiap* detiknya, tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan berjuang langsung di lapangan menghadapi COVID-19. Kita semua pada saat ini bisa bekerja dari rumah, kuasa pemohon bisa bekerja dari rumah, Yang Mulia Hakim Konstitusi dan pegawai MK bisa bekerja di rumah, **semua semata-mata karena ada mereka yang berjuang untuk kita**;
8. Oleh karena itu, Yang Mulia Hakim Konstitusi, Pemohon dengan sangat **memintakan permohonan provisi akan pemeriksaan sangat prioritas dan juga supaya Mahkamah segera memerintahkan pemerintah untuk memenuhi hak-hak dasar tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai kesehatan, yang sedang berjuang melawan COVID-19 di lapangan** sebagaimana pemohon mintakan dalam petitum provisi. Permohonan pemohon sangatlah didasari pada alasan yang kuat, karena **saat inipun, ketika permohonan ini diajukan dan diperiksa oleh Mahkamah, masih ada mereka yang berjuang untuk kita dan haknya belum dipenuhi**. Pemohon memohon dengan sangat agar yang mulia berkenan memenuhi permohonan provisi dari perkara *a quo* yang sifatnya *non nobis solum, sed omnibus* (not for us alone, but for everyone), dimana tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan sedang berjuang bagi bangsa Indonesia.

IV. ALASAN MENGAJUKAN PERMOHONAN

Alasan-alasan para Pemohon dalam mengajukan permohonan uji materiil adalah:

- A. Kewajiban pemerintah untuk menyediakan alat perlindungan diri (APD) bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas melawan wabah penyakit maupun Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat sebagai perlindungan hukum yang adil dan tanggung jawab negara atas fasilitas kesehatan yang layak sebagaimana amanah Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945;**
- B. Insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas melawan wabah penyakit maupun Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat, juga santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur, merupakan suatu kewajiban sebagai perlindungan hukum yang adil dan penghidupan yang layak sebagaimana amanah Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D ayat (1) UUD NRI 1945;**
- C. Menjadi Kewajiban Pemerintah sesuai Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945 untuk menyediakan sumber daya pemeriksaan penyakit bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita penyakit melalui alur pemeriksaan yang cepat dan dapat diakses oleh tenaga medis yang terlibat langsung dalam penanganan penyakit tersebut.**

Sesuai dengan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 yang menyatakan bahwa "... tenaga medis (dokter dan dokter gigi) adalah tenaga profesional yang berbeda dengan tenaga vokasi yang sifat pekerjaannya adalah pendelegasian wewenang dari tenaga medis. Karena sifat dan hakikat yang berbeda antara tenaga medis dengan tenaga profesi dan vokasi kesehatan lainnya maka pengaturan yang menyentuh substansi keprofesian kedokteran tidak dapat digabung atau disamaratakan dengan profesi lain..." (vide Paragraf [3.13], halaman 219 Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015) maka dalam keseluruhan permohonan ini, subjek yang berjuang melawan COVID-19 maupun penyakit dimaksudkan adalah tenaga medis (e.g. dokter), tenaga kesehatan (e.g. perawat), dan pegawai fasilitas kesehatan (e.g. petugas pengelolaan limbah medis rumah sakit).

Berikut adalah uraian lengkap dari masing-masing argumen sebagaimana tersebut di atas:

A. Kewajiban pemerintah untuk menyediakan alat perlindungan diri (APD) bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas melawan wabah penyakit maupun Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat sebagai perlindungan hukum yang adil dan tanggung jawab negara atas fasilitas kesehatan yang layak sebagaimana amanah Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945.

1. Mahkamah Konstitusi telah menyatakan bahwa "...rakyat mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik, hak untuk hidup serta mempertahankan hidup dan kehidupannya sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28A UUD 1945. **Pelayanan kesehatan yang diatur oleh Pemerintah** melalui pembentukan peraturan perundang-undangan **tentunya harus mendasarkan kepada hak-hak warga negara dan tujuan negara** sebagaimana yang diamanatkan dalam Pembukaan UUD 1945, khususnya dalam konteks permohonan *a quo*, memajukan kesejahteraan umum (Alinea Keempat UUD 1945) ..." (vide Paragraf [3.12], halaman 216-218 Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015) sehingga **"...negara (pemerintah) berkewajiban untuk menjamin... fasilitas pelayanan kesehatan... dengan tujuan untuk menjamin tercapainya pelayanan kesehatan yang layak..."** (vide Paragraf [3.19], halaman 77 Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 38/PUU-XI/2013);
2. Saat ini, **tingginya angka penularan COVID-19 yang terjadi di masyarakat, mengharuskan adanya suatu pemenuhan fasilitas kesehatan bagi tenaga kesehatan, terutama alat pelindung diri yang merupakan hal yang pokok harus didapatkan tenaga kesehatan dalam menangani pasien selama masa pandemi COVID-19;**
3. **Ketiadaan pemerintah dalam regulasi penyediaan Alat Pelindung Diri ini membuat banyak tenaga kesehatan bekerja tanpa menggunakan APD yang sesuai standar (tiny.cc/nakes).** Selain itu, fasilitas pelayanan kesehatan yang ingin menyediakan APD secara

mandiri harus menghadapi harga APD yang meningkat tajam dan menjadi langka di pasaran (tiny.cc/dkikurang). Hal ini berujung pada banyak tenaga kesehatan yang tertular COVID-19 dalam dua bulan terakhir (tiny.cc/apdlangka), dan faktor utama yang menyebabkan tertularnya tenaga medis adalah APD yang tersedia masih sangat kurang dan tidak sesuai standar (tiny.cc/kurangnyaapd). **Akibatnya, banyak tenaga medis menjadi tertular COVID-19** (tiny.cc/nakespositifcovid), dan **bahkan meninggal dunia** (tiny.cc/nakesmeninggal);

4. Bahkan, **jumlah dan persentase tenaga kesehatan yang merawat pasien COVID-19 dan kemudian tertular COVID-19, berada pada kisaran yang memprihantikan, atau cenderung mengerikan** (bukti P-6);
5. Pasal 6 UU Kejarantinaan Kesehatan menyebutkan bahwa Pemerintah, baik Pemerintah Pusat dan Daerah, bertanggung jawab terhadap kesediaan sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan. **Mengingat alat pelindung diri merupakan hal pokok yang dibutuhkan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan terkait COVID-19, maka ketersediaan alat pelindung diri beserta sumber daya kesehatan lainnya yang dibutuhkan merupakan tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.** Namun penjelasan mengenai apa yang disebut sebagai sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan tidak ada dalam Pasal tersebut;
6. Penyediaan **alat pelindung diri sebagai sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan juga sesuai dengan asas perlindungan** pada Pasal 2 huruf c yang menjelaskan bahwa Kejarantinaan Kesehatan harus mampu melindungi seluruh masyarakat dari penyakit dan faktor risiko kesehatan yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat;
7. Mengingat bahwa pelayanan kesehatan adalah hak yang dijamin oleh Konstitusi dan harus dilindungi oleh negara, nyata bahwa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan yang bertugas pada saat pandemi

menjadi kewajiban untuk dipenuhi oleh negara. **Tentu menjadi suatu perlindungan hukum yang adil, dan rasional secara kemanusiaan, apabila negara memenuhi kebutuhan dasar (seperti alat pelindung diri) bagi tenaga kesehatan yang mencurahkan jiwa raganya selama bertugas sebagai benteng terakhir menghadapi pandemi, yang mana dalam perkara *a quo* adalah pandemi COVID-19 yang telah menjadi wabah dunia;**

8. Sebagai *Final interpreter of the constitution*, Mahkamah Konstitusi telah menyatakan dalam Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 82/PUU-XIII/2015 dan 38/PUU-XI/2013 (telah dikutip pada angka 1 di atas) bahwa merupakan amanah konstitusi agar pelayanan kesehatan yang diatur oleh Pemerintah harus mendasarkan kepada hak-hak warga negara dan tujuan negara sebagaimana yang diamanatkan dalam Pembukaan UUD 1945 sehingga negara (pemerintah) berkewajiban untuk menjamin fasilitas pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk menjamin tercapainya pelayanan kesehatan yang layak. Tidak dapat dipungkiri bahwa Faktor Risiko Kesehatan yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat, ataupun wabah penyakit, merupakan suatu gejala *extraordinary* yang tidak dapat diprediksi sebelumnya. Tidak ada yang dapat memprediksi akan timbulnya suatu pandemi. Akan tetapi, sekalipun tidak dapat diprediksi, negara (pemerintah) tetap dapat mempersiapkan infrastruktur kesehatan yang diperlukan dalam menghadapi pandemi tersebut. Sebagaimana dinyatakan Alexander Capron dari University of Southern California dalam tulisannya *Ethical Issues in Pandemic Planning and Response* yang dipublikasikan oleh National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine, **tetap ada tanggung jawab negara dalam persiapan pecegahan terjadinya pandemi, maupun juga penguatan dan penyediaan infrastruktur kesehatan pada masa-masa berlangsungnya pandemi;**
9. Sebagaimana istilah yang kita sudah ketahui, *prevention better than cure* (mencegah lebih baik daripada mengobati), juga “sedia payung sebelum hujan”, negara memiliki tanggung jawab menyediakan infrastruktur kesehatan yang memadai di masa sebelum pandemi, guna

memberantas Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat. Namun, apabila sudah terjadi pandemi, negara memiliki tanggung jawab untuk menyiapkan segala infrastruktur kesehatan yang diperlukan dalam menghadapi penyakit yang menjadi pandemi. **Ketersediaan infrastruktur kesehatan dari negara ini menjadi suatu wujud perlindungan hukum yang adil bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan para pegawai kesehatan yang berjuang, sebagaimana diamanahkan Pasal 28D ayat (1) UUD NRI 1945. Ketersediaan infrastruktur kesehatan yang diperlukan juga merupakan perwujudan tanggung jawab negara atas fasilitas kesehatan yang layak sebagaimana amanah Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945.**

10. Dengan demikian, **menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan alat perlindungan diri (APD) bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas melawan wabah penyakit maupun Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat sebagai perlindungan hukum yang adil dan tanggung jawab negara atas fasilitas kesehatan yang layak.**

B. Insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas melawan wabah penyakit maupun Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat, juga santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur, merupakan suatu kewajiban sebagai perlindungan hukum yang adil dan penghidupan yang layak sebagaimana amanah Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D ayat (1) UUD NRI 1945.

1. Mahkamah Konstitusi telah menyatakan bahwa "... Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar setiap manusia, sehingga di dalam konstitusi dijadikan hak asasi setiap orang yang harus dilindungi, dijamin, dan dipenuhi. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut diperlukan Tenaga Kesehatan... yang merupakan sumber daya manusia terdidik di bidang profesi kesehatan untuk turut serta memajukan kehidupan bangsa dan negaranya. Di samping itu, **Tenaga Kesehatan memiliki**

kewajiban dan memiliki hak asasi, baik terkait dengan profesinya maupun dalam posisinya sebagai seorang manusia. Terkait dengan hak asasi, negara berkewajiban untuk menghormati (to respect), melindungi (to protect), dan memenuhi (to fulfill) [vide Pasal 28I ayat (4) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945] ...” (vide Paragraf [3.20.1], halaman 56 Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 12/PUU-VIII/2010) dimana sesuai “... dengan cita negara kesejahteraan, di dalam pasal-pasal UUD 1945, **antara lain**, bahwa di dalam negara kesejahteraan setiap orang berhak, antara lain, memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi demi peningkatan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia [Pasal 28C ayat (1) UUD 1945]; berhak atas perlindungan diri pribadi, keluarga, kehormatan, martabat, dan harta benda yang berada di bawah kekuasaannya, serta berhak atas rasa aman dan perlindungan dari ancaman ketakutan [Pasal 28G ayat (1) UUD 1945]; **berhak hidup sejahtera lahir dan batin**, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan [Pasal 28H ayat (1) UUD 1945]... rincian dari fungsi negara, antara lain... memberikan perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak tersebut sebagai tanggung jawab negara terutama pemerintah...” (vide Paragraf [3.16], halaman 118-119 Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 18/PUU-XII/2014);

- 2. Kondisi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19 meningkatkan risiko pekerjaan bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan pasien COVID-19.** Banyaknya jumlah pasien serta terbatasnya jumlah sumber daya manusia menyebabkan meningkatnya beban kerja tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan tersebut. Peningkatan jam kerja, dan akibat terbatasnya alat pelindung diri, sehingga akhirnya tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan dapat bekerja hingga 8 jam tanpa bisa makan, minum, maupun pergi ke toilet (tiny.cc/jamkerjanakes). Terdapat pula beban psikologis bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan pasien COVID-19, contohnya kecemasan akibat peningkatan risiko

penularan COVID-19 dan stigma masyarakat terhadap tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan (tiny.cc/perhatiankesehatanmental);

3. **Perlu** diperhatikan bahwa **selain tenaga medis, pegawai fasilitas kesehatan seperti petugas kebersihan ruangan perawatan COVID-19, petugas pengelolaan limbah medis, petugas laundry/binatu, petugas dapur, dan lain sebagainya juga mengalami peningkatan beban kerja dan risiko penularan dalam pelayanan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19** (tiny.cc/pekerjarscorona);
4. **Pada** pasal 9 UU Wabah menyebutkan bahwa petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah dapat diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya, yang berarti bukan menjadi suatu kewajiban. Hal ini kemudian diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan no. HK.001.07/MENKES/278/2020 tentang Tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan Yang Menangani Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). **Dalam KMK tersebut fasilitas kesehatan wajib mendaftarkan institusinya demi tenaga medis yang terlibat langsung dalam pelayanan COVID-19 mendapatkan insentif. Namun, jika fasilitas kesehatan tidak mendaftarkan maka tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan tidak akan mendapatkan insentif dari pemerintah. KMK tersebut juga tidak mengatur insentif pegawai fasilitas kesehatan (e.g. petugas dapur rumah sakit) yang terlibat langsung dalam pelayanan COVID-19. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah tidak secara pasti dan memiliki kewajiban dalam memberikan insentif bagi tenaga yang melayani pasien COVID-19.**
5. **KMK** tersebut juga menyatakan bahwa santunan hanya diberikan kepada tenaga medis yang meninggal. Namun, santunan tersebut tidak diberikan kepada tenaga di fasilitas kesehatan yang mendapatkan hasil pemeriksaan positif COVID-19. **Padahal tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang terjangkit COVID-**

19 dan terbukti dengan hasil laboratorium akan tidak aktif bekerja sama 1 hingga 2 bulan dan kehilangan sumber pencaharian.

Jurnal 1. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), dapat diakses di tiny.cc/jurnal1

Jurnal 2. Survival analysis of hospital length of stay of novel coronavirus (COVID-19) pneumonia patients in Sichuan, China, dapat diakses di tiny.cc/jurnalcovid

6. **Santunan** kematian kepada keluarga tenaga medis yang meninggal tidak diketahui secara pasti apakah akan diberikan kepada tenaga medis yang meninggal sebelum keluarnya KMK tersebut;
7. Oleh karena itu, selain adanya kelemahan dalam KMK tersebut, perlu diperhatikan juga bahwa “dapat” yang menunjukkan tiadanya kewajiban bagi pemerintah adalah suatu kesalahan. Bukan hanya pandemi COVID-19 saja, di kemudian hari apabila terjadi pandemi lagi, pemerintah tidak memiliki kewajiban, sebab ada kata dapat yang merupakan alternatif opsi disini. **Padahal, dalam setiap pandemi, seharusnya menjadi kewajiban untuk dipenuhi kebutuhan penghasilan bagi para tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang melawan pandemi tersebut;**
8. Mengingat **besarnya pengorbanan tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan menghadapi pandemi**, dimana mereka bekerja mencurahkan jiwa raganya jauh lebih besar dibandingkan biasanya untuk mengurus pasien pandemi, bahkan setiap saat terancam terinfeksi juga, **menjadi suatu perlindungan hukum yang adil, dan rasional secara kemanusiaan, apabila negara memiliki kewajiban (bukan alternatif) untuk memenuhi insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas menangani COVID-19, dan santunan bagi keluarga tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur.**
9. Sebagai *Final interpreter of the constitution*, Mahkamah Konstitusi telah menyatakan dalam Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 12/PUU-

VIII/2010 dan 18/PUU-XII/2014 (telah dikutip pada angka 1 di atas) bahwa merupakan amanah konstitusi agar negara berkewajiban untuk menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*), dan memenuhi (*to fulfill*) hak untuk hidup sejahtera lahir dan batin dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan baik terkait dengan profesinya maupun dalam posisinya sebagai seorang manusia. Hal ini dikorelasikan kemudian dengan pemenuhan hak dasar dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan akan konteks insentif dan santunan ketika menghadapi pandemi. **Dibandingkan kondisi normal, beban kerja akan meningkat drastis pada saat pandemi, sebab bukan hanya menangani pasien biasa saja, tapi pasien dari penyakit pandemi itu sendiri. Bahkan, ketika menangani pasien pandemi, potensi untuk terinfeksi atau juga gugur, tidak dapat terhindari. Mengingat perjuangan jiwa raga yang telah dicurahkan, maka pemenuhan akan hak seperti insentif dan santunan bagi keluarga mereka yang gugur, adalah suatu bentuk perlindungan hukum yang adil bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan para pegawai kesehatan yang berjuang, sebagaimana diamanahkan Pasal 28D ayat (1) UUD NRI 1945. Selain itu, dengan memperhatikan konsekuensi dimana tenaga medis, tenaga kesehatan, dan para pegawai kesehatan habis waktu dan tenaganya menangani pandemi sehingga tidak dapat melakukan kegiatan lain, juga bahaya gugurnya mereka yang akan tentu mengakibatkan keluarga mereka kehilangan tulang punggung keluarga untuk mata pencaharian, maka pemberian insentif serta santunan bagi keluarga mereka yang gugur, merupakan perwujudan dari pemenuhan hak penghidupan yang layak sebagaimana amanah Pasal 27 ayat (2) UUD NRI 1945;**

10. Dengan demikian, Insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas melawan wabah penyakit maupun Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat, juga santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur, merupakan suatu kewajiban sebagai perlindungan hukum yang adil dan penghidupan

yang layak sebagaimana amanah Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D ayat (1) UUD NRI 1945.

C. Menjadi Kewajiban Pemerintah sesuai Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945 untuk menyediakan sumber daya pemeriksaan penyakit bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita penyakit melalui alur pemeriksaan yang cepat dan dapat diakses oleh tenaga medis yang terlibat langsung dalam penanganan penyakit tersebut.

1. Diagnosis COVID-19 pada pasien dengan gejala pernapasan hanya dapat dipastikan dengan pemeriksaan *polymerase-chain reaction* (PCR) yang dapat mendeteksi keberadaan virus SARS-Cov-19 (virus penyebab COVID-19) pada pasien. Pemeriksaan berbasis PCR ini belum dapat digantikan dengan metode pemeriksaan lain. Oleh karena itu, ketersediaan alat, bahan, akses pemeriksaan, dan tenaga kesehatan yang terampil dalam melakukan pemeriksaan tersebut merupakan sumber daya yang menjadi kunci pelayanan COVID-19 (tiny.cc/kehabisanreagen). **Keterbatasan sumber daya untuk melakukan pemeriksaan PCR ini menyebabkan rendahnya rasio tes PCR terhadap jumlah penduduk di Indonesia, dan menumpuknya jumlah pasien yang dicurigai mengalami COVID-19 (pasien dalam pengawasan/PDP dan orang dalam pemantauan/ODP) yang belum mendapatkan pemeriksaan PCR** (tiny.cc/dataodppdp). Penyediaan ini seharusnya dijamin secara terperinci melalui Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan, seperti halnya alat pelindung diri untuk tenaga kesehatan. (tiny.cc/reagentshortage);
2. Pasal 39 UU Keekarantinaan Kesehatan menyebutkan tindakan penapisan, pemberian kartu kewaspadaan kesehatan, pemberian informasi mengenai kejadian Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, dan pengambilan spesimen dan/atau sampel dilakukan oleh Pejabat Karantina Kesehatan terhadap Awak, Personel, dan Penumpang yang datang dari negara dan/atau wilayah Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang meresahkan dunia dan/atau endemis; namun dalam hal Kedaruratan Kesehatan Masyarakat seperti COVID-19 yang

mengalami transmisi lokal/penularan yang terjadi dalam satu negara dan/atau wilayah, penapisan hingga pengambilan spesimen dan/atau sampel **perlu dilakukan kepada seluruh masyarakat yang tinggal dalam negara dan/atau wilayah tersebut;**

3. Selain itu, tindakan pengambilan spesimen dan/atau sampel harus dilanjutkan dengan pemeriksaan spesimen dan/atau sampel tersebut hingga menjadi hasil pemeriksaan penunjang yang dapat dipergunakan oleh tenaga medis dalam pelayanan pasien COVID-19.

Jurnal 1. *Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19*, dapat diakses di tiny.cc/jurnalreccom

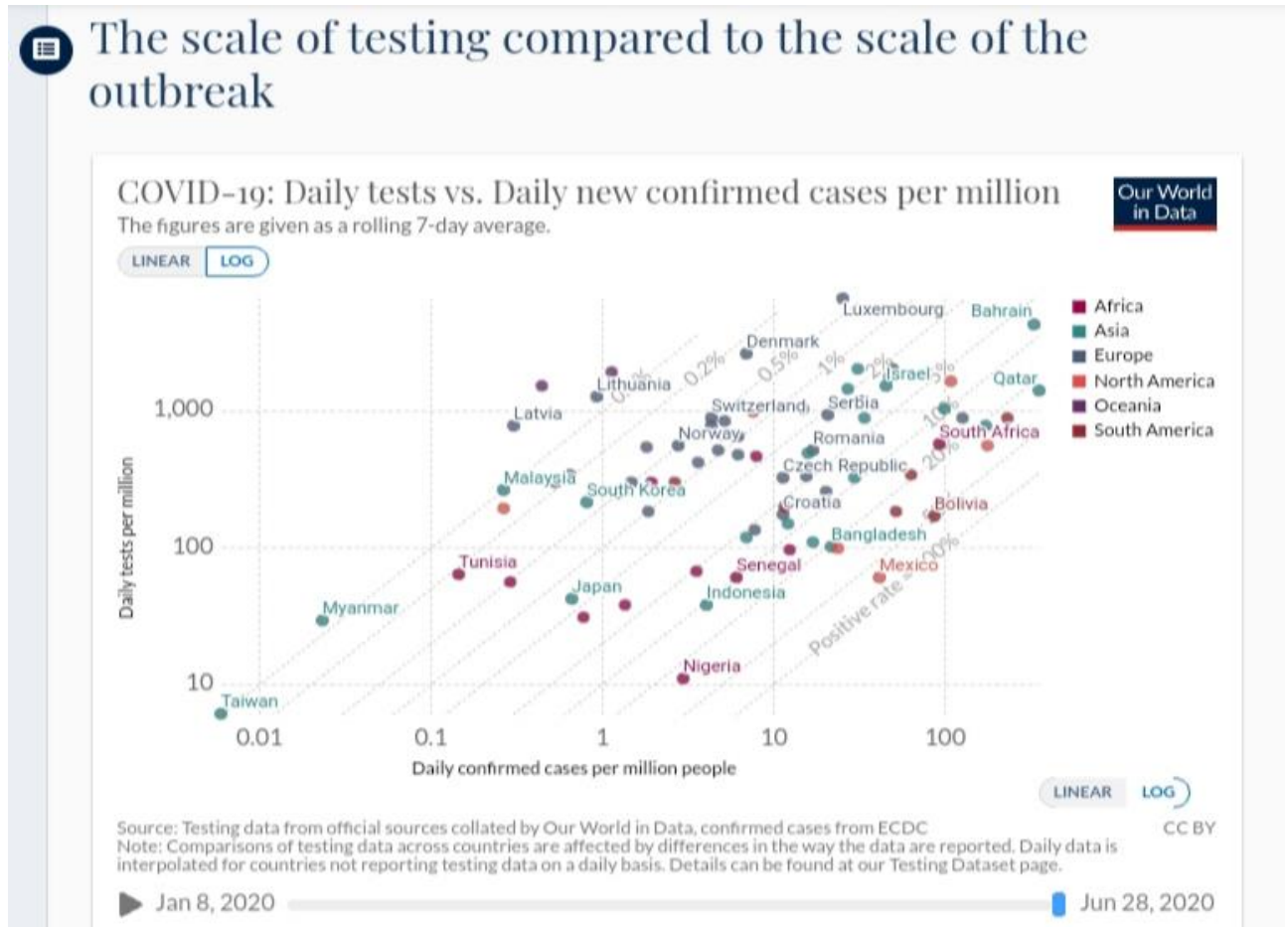
Jurnal 2. *Covid-19: testing times*, dapat diakses di tiny.cc/jurnaltest

Jurnal 3. *Review and analysis of current responses to COVID-19 in Indonesia: Period of January to March 2020*, dapat diakses di tiny.cc/jurnalindonesiarespon

4. Proses pemberian diagnosis pasti kepada pasien merupakan wewenang dokter penanggung jawab pasien, sehingga pemberian diagnosis COVID-19 juga seharusnya menjadi wewenang dokter yang sedang bertugas. Proses pemberian diagnosis akan mempengaruhi proses pemberian pengobatan atau tatalaksana yang tepat kepada pasien. Hal ini akan mempengaruhi lamanya masa perawatan dan hasil akhir dari pasien di rumah sakit. Namun, **dikarenakan lama dan berbelitnya proses pemeriksaan COVID-19, dokter penanggung jawab pasien seringkali tidak mengetahui status COVID-19 pasien yang dirawatnya hingga berhari-hari hingga berminggu-minggu.** Seringkali juga tidak terdapat pemberitahuan resmi dari pemerintah kepada dokter yang merawat pasien (tiny.cc/hasillab). Dalam Pasal 39 UU Keekarantinaan Kesehatan, tidak dikatakan bahwa proses pemberian diagnosis akhir dari pasien merupakan tugas dari Pejabat Karantina Kesehatan. Dikatakan dalam pasal tersebut bahwa Pejabat Karantina Kesehatan bertugas untuk melakukan pengambilan spesimen atau sampel, sehingga seharusnya proses pemberian diagnosis dikembalikan kepada dokter penanggung jawab pasien yang berwenang. Namun pada

kenyataannya pihak yang boleh mengumumkan pasien positif hanya Kemenkes bukan dokter penanggung jawab pasien (tiny.cc/labjakarta);

5. WHO telah memberikan panduan (*guideline*) untuk pemantauan, penanganan, *prevention and control* COVID-19 untuk berbagai negara di dunia, dengan memperhatikan latar belakang negara tersebut, dimana Indonesia juga diberikan (tiny.cc/guidelinewho). Akan tetapi, Indonesia sama sekali belum memenuhi *minimum requirement* yang dianjurkan, padahal Indonesia sebenarnya mampu mencapai target tersebut, sebab target dibuat dengan memperhatikan latar belakang negara. Perihal tes PCR yang dibutuhkan dari rekomendasi WHO (dalam link), disebutkan bahwa surveilans dan tes komprehensif itu minimal 1/1000 populasi per minggu. Per tanggal 24 Juni, hanya DKI Jakarta yang mencapai angka ini;
6. Ourworldindata.org mengumpulkan perbandingan jumlah tes ini per Negara. Jika diambil target 1/1000 dalam seminggu, berarti target perhari 0.14 tes. Perbandingannya dengan Negara se ASEAN yang waktu outbreaknya dekat dengan Indonesia:
 - A. Indonesia: 0.04 (per 28 Juni) <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#indonesia>
 - B. Malaysia: 0.25 (per 27 Juni) <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#malaysia>
 - C. Filipina: 0.12 (per 25 Juni) <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#philippines>
7. Terdapat juga grafik lognya untuk perbandingan. Ini membandingkan jumlah tes per hari (x axis) dengan jumlah positif per hari (y axis), rasionya per sejuta orang. Dari grafik ini, rasio positif Indonesia di kisaran 10%, lebih tinggi dari India, Filipina, Malaysia, Iran. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#the-scale-of-testing-compared-to-the-scale-of-the-outbreak>



8. Penanganan **pandemi memerlukan perhatian khusus, bahkan jauh sebelum merebaknya pandemi tersebut. Keterlambatan penanganan Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat akan berujung pada merebaknya penyakit yang menjadi pandemi. Semakin terhambatnya penanganan, maka berujung pada tidak meredanya pandemi tersebut.** Karena itu, sudah seharusnya dilakukan penanganan berupa sumber daya pemeriksaan penyakit bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita penyakit melalui alur pemeriksaan yang cepat dan dapat diakses oleh tenaga medis yang terlibat langsung dalam penanganan penyakit tersebut. Lalainya pemenuhan ini oleh negara, berujung pada meredanya pandemi, dimana dalam perkara *a quo* nyata sekali terlihat dalam penanganan pandemi virus COVID-19 dimana kurva COVID-19 di Indonesia tidak turun sama sekali. Di saat negara lain seperti Korea

Selatan sedang menghadapi *second wave*, Indonesia belum mencapai puncak dari *first wave*. Dampaknya, negara telah lalai memberi perlindungan hukum yang adil dan pemenuhan fasilitas kesehatan yang layak sebagaimana amanah Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945;

9. Dengan demikian, **menjadi kewajiban pemerintah sesuai Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945 untuk menyediakan sumber daya pemeriksaan penyakit bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita penyakit melalui alur pemeriksaan yang cepat dan dapat diakses oleh tenaga medis yang terlibat langsung dalam penanganan penyakit tersebut.**

V. PETITUM

Bahwa dari seluruh dalil-dalil yang diuraikan di atas dan bukti-bukti terlampir, dengan ini para Pemohon mohon kepada para Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi untuk kiranya berkenan memberikan putusan sebagai berikut;

DALAM PROVISI

1. Mengabulkan permohonan provisi untuk seluruhnya;
2. Memohon agar kiranya Mahkamah Konstitusi memberikan prioritas serta berkenan memeriksa, memutus dan mengadili perkara ini dengan segera;
3. Sebelum menjatuhkan putusan akhir, dalam rangka penanganan Pandemi COVID-19 di Indonesia yang sedang berlangsung, memerintahkan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah untuk segera menciptakan regulasi dan melaksanakan kebijakan yang:
 - a. memenuhi kebutuhan alat pelindung diri bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan;
 - b. menyediakan insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas menangani pasien COVID-19;
 - c. menyediakan santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur ketika bertugas dalam penanganan Pandemi COVID-19; dan
 - d. menyediakan sumber daya pemeriksaan COVID-19 bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita COVID-19, melalui alur

pemeriksaan yang cepat dan hasil pemeriksaan yang dapat diakses oleh tenaga medis yang terlibat langsung dalam menangani pasien COVID-19.

DALAM POKOK PERKARA

1. Menerima dan mengabulkan permohonan Para Pemohon untuk seluruhnya;
2. Menyatakan Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular **bertentangan dengan UUD NRI 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai sebagai** “Kepada para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) **wajib** diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya.”;
3. Menyatakan frasa “ketersediaan sumber daya yang diperlukan” pada Pasal 6 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan **bertentangan dengan UUD NRI 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat, sepanjang tidak dimaknai termasuk juga:**
 - A. **Ketersediaan Alat Pelindung Diri bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat;**
 - B. **Insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat;**
 - C. **Santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur ketika menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat;**
 - D. **Sumber daya pemeriksaan penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, melalui alur pemeriksaan yang cepat;**

4. Menyatakan angka 2 dan angka 3 di atas berlaku secara *statim effectum* (efektif langsung) terhadap penanganan Pandemi COVID-19 di Indonesia yang masih berjalan;
5. Memerintahkan pemuatan putusan ini dalam Berita Negara Republik Indonesia sebagaimana mestinya.

Atau apabila Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi berpendapat lain, mohon putusan yang seadil-adilnya (*ex aequo et bono*).

[2.2] Menimbang bahwa untuk mendukung dalilnya, Pemohon telah mengajukan alat bukti surat/tulisan yang diberi tanda bukti P-1 sampai dengan bukti P-46, sebagai berikut:

1. Bukti P-1 : Fotokopi Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
2. Bukti P-2 : Fotokopi Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan;
3. Bukti P-3 : Fotokopi Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
4. Bukti P-4 : Fotokopi Kartu Tanda Penduduk atas nama dr. Mahesa Paranadiba Maykel, M.H.,
5. Bukti P-5 : Fotokopi AD/ART MHKI;
6. Bukti P-6 : Fotokopi Bagan Data Tenaga Kesehatan Terkonfirmasi COVID-19;
7. Bukti P-7 : Fotokopi Kartu Tanda Penduduk atas nama dr. Eva Sri Diana, Sp. P FISR;
8. Bukti P-8 : Foto dr. Eva Sri Diana;
9. Bukti P-9 : Fotokopi Kartu Tanda Penduduk atas nama dr. Mohamad Adib Khumaidi;
10. Bukti P-10 : Foto dr. Adib;
11. Bukti P-11 : Fotokopi Kartu Tanda Penduduk atas nama dr. Ayu Putri Balqis Sarena;
12. Bukti P-12 : Fotokopi Kartu Tanda Penduduk atas nama dr. Aisyah Aminy Maulidina;
13. Bukti P-13 : Foto dr. Ayu;
14. Bukti P-14 : Foto dr. Aisyah;

Selain itu, untuk mendukung dalil permohonannya, para Pemohon juga mengajukan ahli atas nama Qurrata Ayuni, S.H, MCDR, dan Dr. dr. Tri Yunis Miko Wahyono, M.Sc. yang keterangan tertulisnya telah diterima di Kepaniteraan Mahkamah pada tanggal 24 Agustus 2020 serta Saksi atas nama Zainal Muttaqin dan Radofik, kesemuanya didengarkan dalam persidangan pada tanggal 26 Agustus 2020, yang pada pokoknya adalah sebagai berikut:

Ahli Pemohon

A. Qurrata Ayuni, S.H., MCDR.

Kekuasaan yang dimiliki oleh negara demokrasi bukan semata-mata diperoleh begitu saja, tetapi merupakan pemberian dari masyarakat. Negara demokrasi hanya merupakan mandataris dari masyarakat, masyarakat menyerahkan kekuasaan dan hak-haknya kepada negara demokrasi, dimaksudkan supaya penguasa negara demokrasi mempunyai wewenang untuk menjalankan tugasnya melindungi hak-hak yang dimiliki oleh masyarakat agar masyarakat mencapai kesejahteraan. Artinya, negara mempunyai tanggungjawab untuk menjaga ketertiban, keamanan dan kenyamanan dalam kehidupan masyarakat demi tercapainya kesejahteraan, tujuan tersebut sama dengan tujuan negara kesejahteraan (*welfare state*).

Dalam Negara kesejahteraan (*welfare state*) Negara mendapatkan kesejahteraannya dengan cara menjadikan hak setiap warga negara sebagai alasan utama untuk membuat kebijakan negara (kekuasaan berada di tangan rakyat). Kesejahteraan sosial dalam konstitusi Indonesia, UUD 1945, merupakan pengejawantahan konsep negara kesejahteraan (*welvaart staat* atau *welfare state*), negara turut serta secara aktif untuk kesejahteraan rakyatnya (*welfare state*), atau dikenal dengan nama *verzorgingsstaat*, atau disebutnya *sociale rechtsstaat* (negara hukum sosial), yang mana negara dituntut dan bertanggung jawab untuk mewujudkan kesejahteraan dan keadilan sosial bagi seluruh rakyatnya. Hal ini diwujudkan dengan tipologi tripatriit yang merupakan kerangka yang secara khusus membedakan kewajiban negara untuk “menghormati”, “melindungi”, dan “memenuhi” setiap hak asasi manusia. Kewajiban negara untuk menghormati (*respect*) adalah kewajiban negatif untuk tidak bertindak atau untuk menahan diri, kewajiban untuk melindungi (*protect*) adalah kewajiban positif untuk

melindungi individu terhadap tindakan tertentu oleh pihak ketiga, dan memenuhi (*fulfill*) adalah untuk menyediakan atau memudahkan layanan tertentu bagi setiap warga.

Salah satu wujud dari kesejahteraan masyarakat adalah hak atas kesehatan, Kesehatan masyarakat adalah pilar pembangunan suatu bangsa dan salah satu kebutuhan dasar manusia yang begitu pentingnya. Sering dikatakan bahwa kesehatan adalah segala-galanya, tanpa kesehatan segala-galanya tidak bermakna. Artinya, salah satu kewajiban dan tanggung jawab negara secara positif adalah memenuhi hak atas kesehatan masyarakat. Sebagaimana Pasal 28H, ayat (1) UUD 1945, menyatakan dengan tegas bahwa "*setiap orang berhak ... memperoleh pelayanan kesehatan*". Dengan masuknya hak kesehatan ke dalam konstitusi, maka hak atas kesehatan secara resmi merupakan hak hukum positif yang dilindungi oleh pemerintah dan pemerintah wajib untuk memenuhi hak kesehatan warga negaranya melalui usaha-usaha yang nyata dan konkrit.

Sudah menjadi konsensus dalam konstitusi Indonesia bahwa hak atas kesehatan merupakan hak mendasar bagi manusia. Falsafah dasar dari jaminan hak atas kesehatan sebagai HAM merupakan *raison d'être* kemartabatan manusia (*human dignity*). Kesehatan adalah hak fundamental setiap manusia. Karena itu setiap individu, keluarga maupun masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan pemerintah bertanggung jawab mengatur dan melindungi agar masyarakat terpenuhi hak hidup sehatnya.

Untuk menjamin agar hak kesehatan dapat dipenuhi, UUD Tahun 1945, Pasal 34 ayat (3) menandakan bahwa: "*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan ...*". Konstitusi telah mengamanatkan bahwa menyediakan fasilitas kesehatan merupakan tanggung jawab negara, dan negara juga bertanggung jawab untuk menjamin masyarakat dapat menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Hak atas kesehatan mempunyai ruang lingkup yang lebih luas, ia tidak hanya menyangkut hak atas individu *an sich*, tetapi meliputi semua faktor yang memberi kontribusi terhadap hidup yang sehat (*healthy self*) terhadap individu, seperti masalah lingkungan, nutrisi, perumahan, pelayanan kedokteran dan fasilitas kesehatan.

Pemenuhan hak sebagai kewajiban positif negara dalam bidang pelayanan kedokteran dan fasilitas kesehatan salah satunya adalah negara bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan dalamnya alat pelindung diri (APD)

bagi tenaga kesehatan di tengah wabah penyakit. Hal ini sesuai dengan Pasal 82 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU 36/2009) yang mengatur soal pelayanan kesehatan pada waktu bencana, bahwa pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas, dan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan pada bencana. Selain itu, Pasal 82 UU 36/2009 juga menjelaskan bahwa Pemerintah menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, atau bantuan masyarakat sesuai peraturan perundang-undangan. Selain itu, dalam Pasal 5 ayat (1) huruf b Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (UU 4/1984), ditegaskan bahwa salah satu upaya penanggulangan wabah adalah pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina. Upaya tersebut merupakan tanggung jawab pemerintah. Semua biaya yang timbul dalam upaya penanggulangan wabah dibebankan pada anggaran instansi masing-masing yang terkait sebagaimana diterangkan Pasal 30 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular. Sehingga, pemerintah turut bertanggung jawab dalam penyediaan alat kesehatan dan APD dalam rangka melaksanakan pelayanan kesehatan untuk menanggulangi wabah penyakit. Hal ini sejalan dengan pernyataan *World Health Organisation (WHO)*, “*The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being...*”. Demikianlah dinyatakan hal tersebut dalam *Constitution of the World Health Organisation (WHO)*. Pernyataan sebagaimana yang dicantumkan dalam konstitusi organisasi kesehatan dunia yang bernaung dibawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) atau *the United Nations (UN)* tersebut bermakna bahwa memperoleh manfaat, mendapatkan, dan/atau merasakan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, salah satunya adalah pemberian fasilitas kesehatan yang baik berupa APD di tengah wabah penyakit.

Selain itu, pada Pasal 9 UU Wabah menyebutkan bahwa petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah dapat diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya, yang berarti bukan menjadi suatu kewajiban. Hal ini tidak sesuai dengan hakikat dari kewajiban negara secara positif untuk menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*), dan memenuhi (*to fulfill*) hak untuk hidup sejahtera lahir dan batin dari tenaga medis,

tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan baik terkait dengan profesinya maupun dalam posisinya sebagai seorang manusia. Mengingat besarnya pengorbanan tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan menghadapi pandemi, yang mana mereka bekerja mencurahkan jiwa raganya jauh lebih besar dibandingkan biasanya untuk mengurus pasien pandemi, bahkan setiap saat terancam terinfeksi juga, menjadi suatu perlindungan hukum yang adil, dan rasional secara kemanusiaan, apabila negara memiliki kewajiban (bukan alternatif) untuk memenuhi insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas menangani wabah penyakit, dan santunan bagi keluarga tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur.

APD, penghargaan bagi petugas dan pemeriksaan yang cepat di tengah wabah penyakit merupakan wujud dari jaminan kesehatan itu sendiri. Sebagaimana menurut Carla A. Ventura, bahwa jaminan kesehatan merupakan hak asasi manusia yang mendasar dan tergolong ke dalam hak sosial dan sangat penting sebagai fundamen untuk mewujudkan hak-hak lainnya seperti hak-hak ekonomi, hak-hak politik, hak-hak sipil, dan hak-hak sosial lainnya. Jaminan kesehatan menjadi sangat penting karena tanpa adanya kesehatan tentu manusia akan sangat sulit melakukan aktifitas-aktifitas lainnya dalam mewujudkan hak-hak di bidang lainnya. Jaminan kesehatan tersebut telah menimbulkan kewajiban bagi negara (khususnya pemerintah): Untuk menciptakan kondisi kesehatan bagi setiap orang yang derajat kesehatannya diupayakan setinggi mungkin, mulai dari penyediaan pelayanan kesehatan termasuk sumber daya manusia dan fasilitasnya, kesehatan dan keselamatan kerja, kesehatan lingkungan dan perumahan, makanan dan minuman yang bergizi, pencegahan wabah penyakit, dan lain-lainnya. Lebih lanjut Ventura menegaskan untuk terwujudnya proteksi hak atas kesehatan tersebut maka tidak cukup dengan konstitusi dan

Kesehatan adalah hak fundamental setiap manusia, karena itu setiap individu, keluarga, dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya. Pemerintah bertanggung jawab mengatur dan melindungi hak atas kesehatan masyarakat secara optimal. Tanggung jawab pemerintah dalam pemenuhan hak atas kesehatan diwujudkan dalam bentuk penyediaan sarana dan fasilitas kesehatan yang layak, cepat serta mudah diakses oleh masyarakat, sebagaimana wujud dari *welfare state* yang dianut di dalam UUD 1945.

Ahli Pemohon menyampaikan keterangan tambahan yang disampaikan pula dalam persidangan, pada pokoknya adalah sebagai berikut:

- Bahwa yang menjadi permasalahan adalah mengapa ada “gap” antara pemenuhan hak kesehatan yang dikeluarkan oleh Pemerintah namun tidak sampai kepada para Pemohon, sehingga menimbulkan *delay to justice* atau *delay to access of human rights*.
- Dalam menghadapi Pandemi Covid-19 Indonesia telah menerapkan tiga buah produk hukum. Pertama, menetapkan status darurat kesehatan masyarakat yang menggunakan Undang-Undang Karantina Kesehatan, menerbitkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 dan/atau dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan dan ini sudah menjadi undang-undang, dan yang ketiga menetapkan Keputusan Presiden tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Corona Virus Sebagai Bencana Nasional. Kondisi darurat tersebut belum dicabut sampai hari ini. Kedaruratan ini secara *de jure* maupun secara *de facto* ada, riilnya tidak dibuat-buat. *De jure* berarti undang-undangnya dan kepresnya berlaku, aktif sampai hari ini, dan secara *de facto* memang angkanya meningkat, pasien-pasiennya meningkat, orang-orang yang meninggal juga meningkat.
- Dalam situasi-situasi Covid-19 ini negara-negara kemudian banyak mengaktifkan yang disebut dengan *state of emergency* apa yang dikenal dengan HTN darurat. Salah satu cirinya adalah dengan memberikan keleluasaan bagi pemerintah atau eksekutif untuk melakukan tindakan segera dalam respon bencana. Clinton Rossiter menyatakan bahwa konsep *step of emergency* memungkinkan lahirnya *constitutional dictatorship*. Hal ini karena memang dimungkinkan dalam kondisi bencana, harus diambil kebijakan atau keputusan dengan segera dan oleh karenanya dimungkinkan lahirnya pengecualian-kecualian dan itu kita bisa lihat misalnya dalam Perppu 1/2020. Itu di sana banyak bagaimana pemerintah boleh mengalokasikan keuangan negara, realokasi, tanpa persetujuan dari DPR. Kemudian itu adalah sebenarnya bertentangan juga dalam banyak sistem terhadap asas-asas

pemerintahan yang seharusnya dianut dalam konstitusi kita. Sayangnya nalar kedaruratan ini nampaknya belum tercermin dalam konsepsi kenegaraan Indonesia. Dalam kondisi darurat yang sekarang terjadi, baik *de facto* maupun *de jure*, yang riil ini, kita menghadapi ini sebagai sebuah peperangan yang maha dasyat, tapi tidak diimbangi dengan kecepatan dan konsentrasi dalam menangani Covid-19. Birokrasi kita masih menggunakan birokrasi business as usual, seolah-olah kalau ingin dapatkan reward, membutuhkan APD, harus melalui prosedur-prosedur yang panjang dan rumit. Padahal ancaman sudah di depan mata.

- Oleh karenanya, nalar kedaruratan ini harus dipahami secara mendasar bagi para pemerintah maupun bagi Para Pemohon, maupun seluruh stakeholders, termasuk juga pengadilan. Baik Carl Schmitt, yang memiliki *teori state of exception*, maupun Giorgio Agamben, sepakat bahwa HTN darurat adalah tidak ideal sebenarnya. Dalam kondisi-kondisi darurat, pemerintahan yang diktator untuk menyelesaikan permasalahan secara segera dan mengambil keputusan secara solo, misalnya, itu sebenarnya tidak ideal dan sering berimplikasi pada pemberlakuan aturan yang sebenarnya di luar *rule of law* atau hukum yang seharusnya. Dan oleh karenanya, kondisi ini harusnya terbatas dan bisa dibatasi. Dan ini juga dikhawatirkan oleh Clinton Rossiter sebagai *constitutional dictatorship* yang berbahaya.
- Oleh karenanya, semua orang harus sepakat bahwa kondisi-kondisi di mana *trias politika* tidak bekerja secara baik adalah kondisi-kondisi yang tidak ideal. Cara menyeimbangkannya adalah salah satunya dengan pengadilan. Beberapa negara Eropa memiliki kontrol judicial terhadap kekuasaan darurat, misalnya dalam konstitusi Jerman dan Hungaria menetapkan bahwa MK harus berfungsi secara normal, bahkan selama pemerintahan darurat. Karena pemerintahan darurat memungkinkan pemerintah untuk melegitimasi batasan HAM setiap warga negara. Mahkamah Konstitusi di berbagai negara harus menjadi *judicial control* bagi keadaan-keadaan tersebut, di mana keadaan-keadaan yang membutuhkan situasi cepat, situasi responsif, situasi yang birokrasinya tidak boleh lama-lama, administrasi harus disederhanakan. Bagaimana mungkin kita butuh APD, tapi kita harus membuat berbagai disposisi terlebih dahulu. Jadi, itulah ciri-ciri dari hukum tata negara darurat yang harusnya bisa dikontrol dan bisa dipahami oleh para stakeholder yang

ada di negara ini. Di Jerman misalnya, dalam situasi darurat harus bekerja dengan metode lain atau situasi baru, namun dia tetap ada. Hanya dalam 1 kasus, di negara Slovakia, konstitusi secara eksplisit memberikan *control judicial*, yang di sana Mahkamah Konstitusi memeriksa konstitusionalitas pernyataan keadaan darurat, atau keadaan pengecualian, atau *state of exception*.

- Jadi, mana kala di Indonesia ada keadaan-keadaan darurat yang diputuskan oleh pemerintah, maka dia bisa diuji, kalau di negara lain, oleh Mahkamah Konstitusi. Namun, hal itu belum dimiliki oleh kewenangan MK. Namun, dari segi kontrol judicial, MK masih memilikinya, melalui *judicial review* atau dengan kewenangan-kewenangan lain, yang salah satunya Pemohon ajukan kepada MK. Mekanisme *kontrol judicial* ini menjadi penting, karena dalam kondisi darurat, banyak sekali kebutuhan-kebutuhan dan pembatasan-pembatasan HAM yang sebenarnya dirugikan disebabkan kondisi yang tidak ideal ini, yang sebenarnya dalam kondisi darurat pun, pemerintah atau semua stakeholder di negara harus tetap mengutamakan *fundamental rights*. Bukan berarti dikarenakan dia keadaan darurat, maka pembatasan hak asasi manusia atau pemenuhannya kemudian menjadi hilang. Padahal itu menjadi hak yang indispensable.
- Ahli menilai hadirnya Pemohon dalam perkara ini merupakan bentuk kedaruratan yang menjadi salah satu karakter dalam kondisi darurat *de jure, de facto* yang dialami oleh Indonesia. Bahwa kondisi ketiadaan APD dan tidak dirasakan insentif, itu yang membelit-belit dan lama. Itu sebenarnya adalah hal yang fundamental, yang tidak boleh menjadi hambatan konstitusional dalam pemenuhan hak warga negara. Karena ini berkaitan dengan nyawa dalam kondisi darurat, yang krisis saat ini, pengadilan, dalam hal ini MK, dapat menjadi pengawas dari pemerintah dengan yang sering sekali menggunakan dengan alasan Covid-19 mampu menciptakan exception atau pengecualian dalam hukum tata negara administrasi maupun batasan HAM.
- Peran pengadilan diharapkan menjadi kontrol untuk dapat melahirkan kebijakan-kebijakan yang tepat, darurat, dan akurat untuk tidak lagi menimbulkan lebih banyak korban. Sebab penggunaan birokrasi, hukum administrasi biasa akan menyebabkan *delay* dan *delay* terhadap nakes dan

padahal ini adalah masyarakat yang berhubungan langsung dengan penyakit, berarti sama juga dengan kematian.

- Permohonan para Pemohon sebetulnya kegelisahan karena tidak ada kanal atau saluran dalam persoalan yang dihadapi para Pemohon, namun dalam hal implementasi telah memakan banyak korban.
- Agar tidak terjadi *constitutional dictatorship* maka diperlukan pengawasan. Pandemi COVID-19 sudah dinyatakan sebagai keadaan darurat sehingga terjadi banyak pembatasan hak. Ahli memandang dalam keadaan darurat seperti ini, DPR masih memandang sebagai kondisi *business as usual*, dan bekerja tanpa berkontemplasi mengenai kedaruratan. Jadi walaupun permohonan pengujian undang-undang Pemohon kurang tepat, namun memang terjadi isu yang nyata dalam implementasi.
- Apabila melihat *moral reading of constitution*, meskipun sudah ada anggaran yang sudah dikeluarkan pemerintah melalui jawaban dari keterangan pemerintah, tapi pada kenyataannya masih saja masyarakat belum merasakan dan ada problem. Jadi, basisnya adalah bagaimana problem-problem ini bisa diselesaikan.
- Apabila memang ketersediaan fasilitas kekarantina menurut secara spesifik disebutkan di Pasal 72. Tapi pada kenyataannya di implementasinya dia merugikan nyawa orang lain, maka menurut ahli perlu ada kontrol dari pengadilan, dalam hal ini Mahkamah Konstitusi sebagai sebuah bentuk activism dalam kondisi-kondisi darurat untuk menyediakan perlindungan maksimal itu.
- Dengan dikabulkannya petitum berkenaan dengan Pasal 6 Undang-Undang Karantina Kesehatan maka akan memberikan restriksi, hanya saja dia tidak akan menghilangkan Pasal 71 sampai Pasal 78. Jadi pesan moral dan pesannya itu tetap akan menjadikan penguat bagi hak-hak warga negara maupun nakes.
- Ada berbagai model kedaruratan yang timbul dalam sistem ketatanegaraan di dunia, Pertama adalah kedaruratan yang lahir dari konstitusi, kalau di Indonesia itu lahir dari Pasal 12. Nah, dia itu berbahaya kalau digunakan karena dia akan mengendalikan banyak sekali pembatasan-pembatasan yang memang solo dari Presiden. Kedaruratan yang berdasarkan undang-undang dan ini yang sekarang kita gunakan di Indonesia.

- Indonesia memiliki beberapa ciri-ciri undang-undang yang darurat. Salah satunya misalnya ada Undang-Undang Darurat Kebencanaan, Karantina Kesehatan, Konflik Sosial, Stabilitas Ekonomi. Namun yang menarik adalah banyak dari undang-undang ini yang tidak memiliki kontrol.
- Undang-Undang Wabah Penyakit dan Kesehatan adalah undang-undang yang memang sudah lama. Dan oleh karenanya memang banyak sekali penyesuaian dan lain sebagainya walaupun memang masih bisa digunakan. Undang-undang ini, misalnya, bisa diartikan bersyarat atau misalnya bisa diartikan sebagaimana *way out-way out* atau solusi-solusi yang bisa sangat kreatif. Yang penting, penting untuk kita mendengar moral reading dari masyarakat kita sendiri yang sebenarnya sangat butuh banyak hal. Karena kalau legislatif dalam kondisi-kondisi darurat, itu hampir sulit sekali untuk bisa dilakukan, apalagi dalam agenda-agenda, di mana DPR tidak fokus pada Covid-19, DPR fokusnya pada isu lain, business as usual.
- Konstitusi kita dalam memahami, misalnya pelayanan kesehatan, itu tanggung jawabnya negara. Jadi, memang negara yang harus aktif. Apalagi dalam kondisi pandemi. Dalam kondisi-kondisi di mana masyarakatnya tidak berdaya, keberpihakan itu menjadi sebuah hal penting. Jadi, negara juga harus, segera, tidak boleh lagi pakai birokrasi lama-lama, tidak perlu panjang-panjang, mendengar, sering, dan lain sebagainya, sebagainya.
- Pasal 34 ayat (3) fasilitas pelayanan itu rumusnya adalah harus. Dia harus menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Karena hal tersebut itu salah satu dari amanat konstitusi, sehingga sebagaimana dan sejauh mana itu pasti akan disesuaikan dengan kapasitas dari negara. Persoalannya yang sekarang kita timbul adalah bahwa negara sudah merasa memberikan, tapi rakyat merasa tidak mendapatkan atau kebalikannya.

B. Dr.dr. Tri Yunis Miko Wahyono, M.Sc.,

Di Indonesia kasus pertama kali diumumkan pada public pada 2 Maret 2020 dengan pengakuan orang Jepang yang tinggal di Malaysia sebagai kasus index dan orang Depok sebagai kasus primer dan ibunya sebagai kasus sekunder. Selanjutnya dalam hitungan hari ke hari kasus bertambah dengan cepat dan tidak dapat ditentukan lagi runtut penularannya. *Contact tracing* dilakukan dari hari ke hari tetapi transportasi pada kasus yang terjadi di Jakarta. Minggu pertama kasus sudah mencapai 18 kasus, pemerintah Indonesia belum mendeklare tentang

terjadinya Wabah COVID-19 baik pada tingkat kota, Provinsi atau negara, baru pada minggu ke 2 provinsi DKI Jakarta adalah provinsi pertama yang mengumumkan wabah COVID-19 selanjutnya diikuti provinsi-provinsi lainnya di Indonesia karena kasus selanjutnya menyebar keseluruh Provinsi di Indonesia.

Sejak diumumkan oleh pemerintah pada tanggal 2 Maret 2020 wabah COVID-19 di Indonesia tidak jelas siapa yang bertanggung jawab, terkesan pada minggu pertama masih dibawah kementerian kesehatan. Minggu ke-2 selanjutnya dialihkan ke Kepala Staf Presiden (KSP) dan pada akhir Maret 2020 kemudian dibentuk Gugus Tugas COVID-19 dibawah Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) karena Covid-19 dianggap sebagai bencana non alam nasional. Selanjutnya dikeluarkan surat keputusan presiden tentang status tersebut dengan SK Penetapan Bencana Non Alam Penyebaran Virus Corona Disease 2019 (COVID-19) sebagai Bencana Nasional pada tgl 13 April 2020 saat itu kasus konfirmasi sebanyak 4.241 kasus dan sudah 34 provinsi terdampak. Pemerintah sudah mengeluarkan Surat Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) pada tanggal 31 Maret 2020 dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) pada tanggal 3 April 2020. Dan pada awal Juli Gugus Tugas dibubarkan dan diganti dengan Komite Nasional Penanggulangan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Indonesia yang memiliki 2 Satuan Tugas (satgas), yaitu Satgas Penanggulangan COVID-19 dan Satgas Pemulihan Ekonomi.

Upaya yang dilakukan satuan tugas Penanggulangan COVID-19 sama dengan gugus tugas sebelumnya mencakup: upaya medis dan upaya non medis atau upaya promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative. Upaya medik sesuai dengan buku pedoman penanggulangan COVID-19 yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan per 13 Juli 2020 yaitu kegiatan yang memiliki tujuan:

1. Memperlambat dan menghentikan laju transmisi/penularan, dan menunda penyebaran penularan.
2. Menyediakan pelayanan kesehatan yang optimal untuk pasien, terutama kasus kritis.
3. Meminimalkan dampak dari pandemi COVID-19 terhadap sistem kesehatan, pelayanan sosial, kegiatan di bidang ekonomi, dan kegiatan sektor lainnya

Dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1. Surveilans Epidemiologi dan Upaya Penemuan Kasus Secara Aktif melalui Contact Tracing sebanyak-banyaknya
2. Pemeriksaan laboratorium
3. Manajemen Klinis
4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
5. Pencegahan Penularan di Masyarakat
6. Komunikasi Risiko dan Pemberdayaan Masyarakat
7. Pelayanan Kesehatan Esensial

Kegiatan-kegiatan tersebut harus dilakukan dalam upaya penanggulangan COVID-19 dalam kondisi Pandemi (wabah) di Indonesia.

Dalam kondisi wabah di Indonesia masyarakat diminta untuk melakukan upaya pencegahan yang disebut sebagai protocol kesehatan yaitu: pakai masker, jaga jarak dan cuci tangan pakai sabun tanpa harus mengesampingkan area atau zona yang telah dikembangkan oleh gugus tugas atau satgas penanggulangan COVID-19 yaitu zona merah, orange, kuning dan hijau yang mengacu pada indicator epidemilogis, indikator kesehatan public dan indikator pelayanan kesehatan. Zona tersebut akan merefleksikan risiko penularan disuatu daerah (zona). Tetapi zona tersebut bersifat dinamis karena bisa suatu saat warnanya berubah merah bisa berubah menjadi orange, kuning bisa menjadi merah dan seterusnya tergantung indicator epidemiologisnya.

Berdasarkan undang undang No.36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Petugas kesehatan di bedakan menjadi Tenaga Kesehatan dan asisten tenaga kesehatan (Pasal 9). Selanjutnya pada Pasal 11 ayat (1) tenaga kesehatan dikelompokkan menjadi:

- a. tenaga medis;
- b. tenaga psikologi klinis;
- c. tenaga keperawatan;
- d. tenaga kebidanan;
- e. tenaga kefarmasian;
- f. tenaga kesehatan masyarakat;
- g. tenaga kesehatan lingkungan;
- h. tenaga gizi;
- i. tenaga keterampilan fisik;

- j. tenaga keteknisian medis
- k. tenaga teknik biomedika;
- l. tenaga kesehatan tradisional; dan
- m. tenaga kesehatan lain.

Ayat (2) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.

Ayat (4). Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas berbagai jenis perawat.

Ayat (5) Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah bidan.

Dalam melakukan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) semua pelayanan kesehatan wajib melakukan beberapa hal yaitu:

1. Melatih/*refreshment* staf mengenai PPI dan pengelolaan klinis, khususnya untuk COVID-19
2. Melaksanakan strategi PPI untuk mencegah penularan di fasyankes
3. Penggunaan APD yang sesuai oleh petugas yang merawat pasien COVID-19
4. Mempersiapkan lonjakan kebutuhan fasyankes termasuk dukungan APD, ruangan isolasi, rawat intensif dan alat bantu pernafasan di RS serta dukungan kesehatan jiwa dan psikososial untuk tenaga kesehatan
5. Reviu lonjakan lonjakan kebutuhan fasyankes termasuk alat bantu pernapasan, dan persediaan APD

Dengan demikian selanjutnya, tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya yang terlihat difasilitas pelayanan kesehatan (seperti RS, RS khusus, RS ibu dan Anak, Puskesmas, Klinik dan lain sebagainya) wajib melaksanakan PPI di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

Berdasarkan risiko penularan COVID-19 karena tenaga kesehatan tersebut langsung kontak dengan pasien adalah tenaga medis, perawat, bidan dan tenaga gizi serta tenaga laboratorium.

Pelayanan pada waktu wabah, bukan hanya pelayanan kesehatan, juga ada kegiatan *surveilans epidemiologi*, atau *contact tracing*, itu pun berisiko kalau tidak pakai APD, jadi harusnya tidak melakukan *contact tracing*. Pelayanan laboratorium juga kalau tidak menggunakan APD juga sebaiknya tidak melakukan pelayanan

laboratorium. Manajemen klinis ini pelayanan kesehatan, jadi kalau tidak ada APD-nya di bagian tersebut, atau di klinik tersebut, atau di rumah sakit tersebut sebaiknya tutup karena hal ini akan berisiko bagi dokternya, dokter giginya atau pelayanan kesehatannya. Selain itu, pada saat melakukan *contact tracing*, petugas harus pakai APD dan harus menggunakan masker N-95 dan *face shield*.

Saksi Pemohon

C. Zainal Muttaqin

- Saksi merupakan Guru Besar di Fakultas Kedokteran UNDIP di Bidang Ilmu Bedah Syaraf. Tugas rutin saksi mengajar dan mendidik tentang ilmu bedah saraf itu di Rumah Sakit Pendidikan, yaitu Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi, Semarang.
- Sehari-hari, saksi secara rutin memberikan pelayanan untuk pasien-pasien yang memerlukan perawatan dan tindakan, khususnya terkait bedah saraf, kasus-kasus kecelakaan lalu lintas, trauma kepala, kasus stroke, kasus-kasus tumor otak, dan kasus kelainan yang ada di tulang belakang, mulai leher sampai pinggang.
- Tugas saksi di rumah sakit bukan terkait langsung dengan penanganan pasien Covid-19. Tetapi dengan adanya wabah Covid, maka sejak bulan Maret, itu saksi oleh rumah sakit sudah diminta untuk membatasi pelayanan yang diberikan, khusus untuk kasus-kasus yang *emergency* non-covid, kasus trauma, kecelakaan lalu lintas, kasus stroke, dan kasus-kasus lain yang *emergency* di bidang bedah saraf.
- Pada akhir Maret, saksi mengetahui adanya kasus *emergency* pada anak 10 tahun yang kemudian dioperasi tindakan untuk memasang selang di kepalanya. Saksi tidak tahu bahwa ternyata pasien itu satu minggu sebelumnya dirawat di daerah wabah, yaitu di Bekasi. Ternyata pasien itu meskipun tidak ada gejala namun membawa Covid-19 dan menularkannya kepada salah satu anggota tim bedah di bagian bedah saraf.
- Bahwa setelah dilakukan *tracing* terdapat 30 tenaga medis, dokter, dan nakes di tempat Rumah Sakit Kariadi yang terkait kasus itu dilakukan tes *swab* dan hasilnya adalah 20 orang positif. 20 orang itu, 4 orang dokter spesialis, dan 16 staf medis, tenaga dokter residen atau PPDS.
- Saksi kemudian diwajibkan untuk dikarantina karena bisa menularkan ke orang lain. Saksi kemudian menjalani karantina di fasilitas milik pemerintah

provinsi selama 10 hari, di tambah dua minggu karantina mandiri di rumah. Itu diawali sejak pertengahan April. Bahwa tes pada saksi yang dilakukan pada tanggal 6 dan 8 April itu hasilnya baru keluar satu minggu kemudian, yang ternyata hasilnya 20 orang itu positif, termasuk saksi. Selama satu minggu sebelum saksi diberi tahu bahwa saksi positif, saksi sehari-hari melakukan tugas seperti biasa, berisiko menulari orang lain, termasuk keluarga di rumah. Setelah dinyatakan positif, saksi minta kepada rumah sakit bahwa semua keluarga di rumah untuk dites.

- Bahwa karena saksi dikarantina selama total dua minggu dan hampir satu bulan. Jadi tidak bekerja. Bahwa selama itu rumah sakit menempatkan saksi sebagai petugas kesehatan di bidang non-covid. Akibatnya walaupun rutin setiap bulan mendapatkan gaji itu dari Kementerian Pendidikan, namun remunerasi dari rumah sakit terhenti. Saksi selama karantina di rumah itu tidak mendapatkan remunerasi karena memang tidak ada kinerja di masa itu. Dan pada bulan Juli sudah mulai bekerja seperti biasa kembali.
- Bahwa pasien-pasien *emergency* yang non-covid tetap ada dan membutuhkan pertolongan. Contohnya adalah kasus tumor, tumor di otak dan di saraf tulang belakang itu jumlah hampir 50% dari pasien yang saksi tangani sehingga penanganannya tertunda dan berpotensi semakin parah. Sekarang sebagian pasien masih takut untuk datang ke rumah sakit untuk melanjutkan pengobatan.
- Bahwa sesuai kebijakan, rumah sakit menyediakan APD khusus untuk bidang terkait covid, penanganan covid yang ada di ruang isolasi, ruang ICU, dan bangsal covid. Di luar itu, saksi maupun petugas lain untuk APD berusaha sendiri dengan mencari sumbangan dari kelompok-kelompok masyarakat yang kami butuhkan untuk melindungi diri, ya, bukan dari rumah sakit. Bahwa terkait dengan insentif yang dijanjikan pemerintah melalui berbagai peraturan dan sebagainya, itu berlaku hanya sementara ini untuk yang mengelola pasien covid.
- Saksi mengetahui Menteri Kesehatan memberikan Rp 75.000.000,00 untuk satu orang, untuk 6 bulan, untuk 1 bulannya Rp 12.500.000,00 untuk mereka yang sekolah spesialis. Tetapi menurut saksi, dari 10 anak didik di bagian bedah saraf, hanya 2 orang yang mendapatkan masing-masing Rp10.000.000,00. Jadi, Rp20.000.000,00 itu dibagi 10 orang. Saksi dan

petugas juga tidak mendapatkan fasilitas skrining seperti tes *swab* atau *rapid test* secara rutin, baru disediakan setelah diminta karena merasakan gejala keluhan demam, keluhan sesak nafas, maupun keluhan-keluhan lain terkait covid.

- Saksi sebagai guru besar di Universitas Diponegoro, selama masa karantina tetap mendapatkan gaji bulanan dari Kemendikbud. Tetapi selama 3 bulan terturut-turut saksi tidak mendapatkan remunerasi karena selama karantina, saksi tidak dapat melakukan jasa pelayanan tindakan-tindakan operasi di Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi.
- Saksi tidak mendapatkan insentif dari pemerintah, karen sepengetahuan saksi, insentif ini hanya diperuntukkan oleh tenaga medis dokter yang terkait langsung dengan pelayanan COVID.

D. Radofik

- Saksi merupakan staf administrasi penerimaan pasien di IGD Rumah Sakit Haji Jakarta, Pondok Gede.
- Bahwa sejak bulan Maret saksi mendapatkan arahan dari rumah saksi untuk menggunakan alat pelindung diri (APD), namun di bulan Maret ketersediaan APD sangat terbatas dan sulit diperoleh rumah sakit. Sehingga saksi dan staf rumah sakit harus menggunakan dana pribadi dalam membeli APD. Pada pertengahan bulan Mei, mulai banyak bantuan APD yang masuk rumah sakit.
- Bahwa pada tanggal 26 April 2020, saksi terkonfirmasi terinfeksi Covid-19 berdasarkan pemeriksaan *swab*. Saksi sebelumnya dikonfirmasi telah mengalami kontak dengan pasien yang dirawat di rumah sakit yang masuk melalui UGD, hasil swab baru diperoleh sekitar 5 hari. Setelah keluarga saksi di rumah dilakukan pemeriksaan rapid test, hasilnya salah satu anak saksi berumur 5 tahun dinyatakan reaktif, akibatnya harus diisolasi dan dirawat di rumah sakit.
- Bahwa selama isolasi mandiri di rumah, saksi hanya mendapatkan gaji pokok tanpa tunjangan kehadiran, dan tidak ada bantuan lain dari pemerintah selain bantuan dari teman-teman saksi di rumah sakit.
- Selama saksi melakukan karantina, isolasi mandiri di rumah, dari rumah sakit saksi hanya mendapatkan gaji pokok saja, tidak mendapatkan insentif apa-

apa. Dan untuk kebutuhan sehari-hari ada bantuan dari teman-teman di rumah sakit ada bantuan berupa sembako maupun uang tunai.

[2.3] Menimbang bahwa terhadap permohonan Pemohon, Dewan Perwakilan Rakyat memberikan keterangan yang didengarkan dalam persidangan pada tanggal 15 September 2020, serta keterangan tambahan yang keterangannya tertulisnya diterima di Kepaniteraan Mahkamah tanggal 22 September 2020, yang pada pokoknya mengemukakan hal sebagai berikut:

A. KEDUDUKAN HUKUM (*LEGAL STANDING*) PARA PEMOHON

Terhadap kedudukan hukum (*legal standing*) Para Pemohon, DPR RI berpandangan berdasarkan 5 (lima) batasan kerugian konstitusional yang timbul karena berlakunya suatu undang-undang sebagaimana dinyatakan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 006/PUU-III/2005 dan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 011/PUU-V/2007 sebagai berikut:

1. Terkait adanya hak dan/atau kewenangan konstitusional para Pemohon yang diberikan oleh UUD NRI Tahun 1945

Bahwa para Pemohon dalam permohonannya mendalilkan memiliki hak konstitusional berdasarkan ketentuan Pasal 27 ayat (2), Pasal 28D ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 sebagaimana dicantumkan dalam batu uji para Pemohon.

Perlu ditegaskan bahwa Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 tidak mengatur mengenai hak-hak konstitusional, melainkan mengatur mengenai tanggung jawab Negara atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Ketentuan Pasal 1 angka 7 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU Kesehatan), fasilitas pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Oleh karena itu, penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang merupakan tanggung jawab negara berdasarkan Pasal 34 UUD NRI Tahun 1945 dan ketentuan Pasal 1 angka 7 UU Kesehatan tersebut tidak mencakup

insentif tenaga kesehatan maupun santunan bagi tenaga kesehatan yang gugur.

Pemohon I mendalilkan berdasarkan ketentuan Pasal 14 *juncto* Pasal 6 Anggaran Dasar Rumah Tangga, Pemohon I memiliki tugas menghimpun, membina, memajukan Hukum Kesehatan di Indonesia (*vide* Perbaikan Permohonan hlm. 6). Terhadap kedudukan hukum Pemohon I tersebut DPR RI berpandangan bahwa *adressat* atau pihak yang dituju dari ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular. Ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular tidak dapat lepas dari ketentuan Pasal 9 ayat (2) UU Wabah Penyakit Menular. Ketentuan Pasal 9 UU Wabah Penyakit Menular ditujukan untuk Pemerintah dalam pemberian penghargaan atas risiko yang ditanggung para petugas tertentu dalam melaksanakan tugasnya.

Selain itu para Pemohon secara keseluruhan juga bukan sebagai pihak yang dituju oleh ketentuan Pasal 6 yang mengatur mengenai tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah terhadap ketersediaan sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan.

Bahwa Pasal-Pasal UUD NRI Tahun 1945 yang dijadikan batu uji oleh para Pemohon tidak memiliki keterkaitan dengan kerugian yang didalilkan para Pemohon karena pengaturan yang terdapat pada pasal-pasal *a quo* tidak mengurangi hak dan/atau kewenangan para Pemohon dalam mendapatkan hak berupa pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan, pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum. Ketentuan dalam Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular justru telah memenuhi ketentuan Pasal 27 ayat (2) UUD NRI Tahun 1945, yaitu dengan mengatur bahwa para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah dapat diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya yang pelaksanaannya mengacu pada Peraturan Pemerintah. Selanjutnya, ketentuan dalam Pasal 6 UU Kejarantinaan Kesehatan juga merupakan perwujudan ketentuan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945.

2. Terkait hak dan/atau kewenangan konstitusional Para Pemohon tersebut dianggap telah dirugikan oleh suatu undang-undang yang diuji

Bahwa Pemohon I mendalilkan beranggotakan mayoritas tenaga kesehatan juga mengalami kerugian konstitusional berupa tidak terpenuhinya hak-hak dasar tenaga kesehatan tersebut dalam penanganan Covid-19. Bahwa terhadap dalil tersebut, DPR RI menjelaskan berlakunya Pasal-Pasal *a quo* tidak menyebabkan kerugian konstitusional oleh Pemohon I sebagai badan hukum, karena Pemohon I tetap dapat menjalankan kegiatan organisasinya di bidang kajian, penelitian, pelatihan, mediasi, advokasi, dan diskusi dalam bidang Hukum Kesehatan untuk kepentingan kemanusiaan dan hak-hak asasi manusia sebagaimana tercantum dalam AD/ART Pemohon I. Pemohon I seharusnya dapat mengkonstruksikan secara jelas dan sistematis kerugian yang dialami secara langsung sebagai badan hukum dan bagaimana perbedaannya dengan Pemohon II s/d Pemohon V sebagai orang perorangan, yang berprofesi sebagai dokter.

Bahwa Pemohon II s/d Pemohon V yang berprofesi sebagai dokter pada intinya mendalilkan telah terlanggar hak-hak dasarnya berupa minimnya ketersediaan alat pelindung diri (APD) dan pemberian insentif. DPR RI dapat memahami maksud dari hambatan-hambatan yang terjadi di lapangan dalam pemenuhan hak-hak para Pemohon tersebut. Namun DPR RI perlu menegaskan bahwa hal tersebut bukanlah kerugian atas hak dan/atau kewenangan konstitusional, melainkan merupakan permasalahan implementasi norma. DPR RI berpandangan bahwa pasal-pasal *a quo* tidak menghambat pelaksanaan kegiatan Para Pemohon untuk mendapatkan pekerjaan dan penghidupan yang layak. Dengan demikian, tidak ada kerugian konstitusional sebagaimana yang didalilkan oleh para Pemohon.

3. Terkait adanya kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional para Pemohon yang dimaksud bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi

Bahwa para Pemohon tidak menguraikan secara jelas hak dan/atau kewenangan konstitusional tersebut telah dilanggar dan memang disebabkan oleh keberlakuan Pasal-Pasal *a quo*. Para Pemohon hanya menguraikan

permasalahan-permasalahan yang terjadi pada pelaksanaan tugasnya. Permasalahan tersebut tidak dapat menjadi alasan bahwa pasal-pasal *a quo* lah yang menghambat dan menghalangi hak para Pemohon untuk mendapatkan pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan, pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum. Dengan demikian, DPR RI berkesimpulan bahwa para Pemohon tidak dirugikan hak konstitusionalnya baik aktual maupun potensial menurut penalaran yang wajar dipastikan akan terjadi atas berlakunya Pasal-Pasal *a quo*.

4. Terkait adanya hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian dan berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian

Bahwa sebagaimana telah dikemukakan pada angka 1, angka 2, dan angka 3, maka sudah dapat dipastikan para Pemohon tidak menguraikan secara spesifik dan aktual mengenai kerugian konstitusionalnya sehingga para Pemohon tidak dapat membuktikan adanya hubungan sebab akibat langsung (*causal verband*) antara kerugian konstitusional para Pemohon dengan ketentuan pada pasal-pasal *a quo*. Para Pemohon juga tidak dapat menguraikan pertentangan Pasal-Pasal *a quo* dengan ketentuan yang dijadikan batu uji.

Bahwa para Pemohon hanya mengaitkan permasalahan dan kerugian dengan pasal-pasal *a quo* yang justru telah memuat norma yang menunjukkan upaya pemerintah memenuhi hak-hak tenaga medis dan tenaga kesehatan. Adapun terkait permasalahannya di lapangan, maka para Pemohon seyogyanya dapat menempuh upaya lain karena ini bukan permasalahan inkonstitusionalitas norma pasal *a quo*. Dengan demikian, DPR RI berkesimpulan bahwa tidak ada hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian yang didalilkan para Pemohon dengan berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian.

5. Terkait adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan maka kerugian dan/atau kewenangan konstitusional yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi

Sebagaimana telah diuraikan dalam angka 1, angka 2, angka 3, dan angka 4, maka sudah dapat dipastikan dengan dikabulkannya atau tidak

permohonan, pengujian ketentuan pasal-pasal *a quo* tidak akan berdampak apapun pada para Pemohon. Ketidaksiesuaian antara ketentuan norma *a quo* dengan pelaksanaan di lapangan tidak menyebabkan pasal-pasal *a quo* inkonstitusional. Dengan demikian, menjadi tidak relevan lagi bagi Mahkamah Konstitusi untuk memeriksa dan memutus permohonan *a quo*, karena para Pemohon tidak memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) sehingga sudah sepatutnya Mahkamah Konstitusi tidak mempertimbangkan pokok permohonan para Pemohon.

Bahwa terkait dengan kedudukan hukum (*legal standing*) para Pemohon, DPR RI memberikan pandangan selaras dengan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 22/PUU-XIV/2016 yang diucapkan dalam Sidang Pleno Mahkamah Konstitusi terbuka untuk umum pada tanggal 15 Juni 2016, yang pada pertimbangan hukum [3.5.2] Mahkamah Konstitusi menyatakan bahwa menurut Mahkamah:

...Dalam asas hukum dikenal ketentuan umum bahwa tiada kepentingan maka tiada gugatan yang dalam bahasa Perancis dikenal dengan *point d'interest*, *point d'action* dan dalam bahasa Belanda dikenal dengan *zonder belang geen rechtsingang*. Hal tersebut sama dengan prinsip yang terdapat dalam *Reglement op de Rechtsvordering* (Rv) khususnya Pasal 102 yang menganut ketentuan bahwa **“tiada gugatan tanpa hubungan hukum “(no action without legal connection).**

Syarat adanya kepentingan hukum juga telah digariskan dalam syarat kedudukan hukum (*legal standing*) sebagaimana termuat dalam Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 006/PUU-III/2005, tanggal 31 Mei 2005, dan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 11/PUU-V/2007, tanggal 20 September 2007 huruf d yang menentukan:

adanya hubungan sebab-akibat (*causal verband*) antara kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional dimaksud dengan berlakunya Undang-Undang yang dimohonkan pengujian;

Berdasarkan uraian tersebut di atas, terhadap kedudukan hukum (*legal standing*) para Pemohon, DPR RI menyerahkan sepenuhnya kepada Ketua/Majelis Hakim Konstitusi Yang Mulia untuk mempertimbangkan dan menilai apakah Para Pemohon memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) sebagaimana yang diatur dalam Pasal 51 ayat (1) UU Mahkamah Konstitusi dan Putusan Mahkamah Konstitusi Perkara Nomor 006/PUU-III/2005 dan

Putusan Perkara Nomor 011/PUU-V/2007 mengenai parameter kerugian konstitusional.

B. PANDANGAN DPR RI TERHADAP POKOK PERMOHONAN

1. Bahwa alinea ke IV Pembukaan UUD NRI Tahun 1945 memuat cita-cita Bangsa Indonesia yang merupakan tujuan nasional dan sekaligus tujuan bernegara Indonesia, yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, dan untuk memajukan kesejahteraan umum, dan mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial.
2. Bahwa untuk menjamin setiap orang memperoleh kesejahteraan terutama dalam memperoleh hak dalam pelayanan kesehatan, UUD NRI Tahun 1945 mengaturnya dalam Pasal 28H ayat (1), yaitu, "*Setiap orang berhak sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik, sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.*"
3. Bahwa pemberian pelayanan kesehatan bagi setiap orang merupakan tanggung jawab negara dan oleh karenanya dalam Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945 diatur tanggung jawab negara, yaitu, "*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.*"
4. Bahwa perkembangan teknologi, ilmu pengetahuan, dan lalu lintas internasional, serta perubahan lingkungan hidup dapat mempengaruhi perubahan pola penyakit, termasuk pola penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan membahayakan kesehatan masyarakat serta dapat menghambat pelaksanaan pembangunan nasional. Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka dibentuk UU Wabah Penyakit Menular.
5. Bahwa dalam rangka pelaksanaan pembangunan manusia Indonesia seutuhnya diperlukan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia yang tersebar di berbagai pulau besar maupun kecil yang terletak pada posisi sangat strategis dan berada pada jalur perdagangan internasional, yang berperan penting dalam lalu lintas orang dan barang. Kemajuan teknologi dan era perdagangan bebas dapat berisiko

menimbulkan gangguan kesehatan dan penyakit baru atau penyakit lama yang muncul kembali dengan penyebaran lebih cepat dan berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat. Sebagai bagian dari masyarakat dunia, Indonesia berkomitmen melakukan upaya untuk mencegah terjadinya kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia sebagaimana diamanatkan dalam regulasi internasional di bidang kesehatan. Beberapa pertimbangan tersebut menjadi dasar dibentuknya UU Keekarantinaan Kesehatan.

6. Terhadap dalil para Pemohon mengenai ketiadaan kata “dapat” dalam Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular menunjukkan tidak adanya kewajiban bagi Pemerintah untuk memenuhi kebutuhan penghasilan bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang melawan pandemi, DPR RI berpandangan bahwa pembentuk Undang-Undang berwenang untuk menetapkan ketentuan dalam hal bagaimana penghargaan atas risiko yang ditanggung para petugas tertentu dalam melaksanakan tugasnya. Para Pemohon yang berprofesi sebagai Dokter tetap mendapatkan hak dasarnya seperti pemberian gaji, APD, insentif, dan sumber daya pemeriksaan yang memadai. Meskipun Pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memenuhi hak-hak dasar warga negaranya, namun dalam memberikan penghargaan terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan Pemerintah juga perlu melihat beberapa pertimbangan dalam pemberian insentif seperti kondisi keuangan negara, alokasi anggaran, pembagian kewenangan, dan beberapa pertimbangan lainnya. Jika terdapat keterbatasan yang terjadi dalam pemenuhan hak-hak tersebut maka hal tersebut merupakan implementasi atau hambatan teknis yang terjadi pada penanganan Covid-19 yang tidak serta merta menyebabkan pasal *a quo* inkonstitusional. Kendala di lapangan yang disampaikan para Pemohon tersebut tidak lepas dari dampak Pandemi Covid-19 yang menyebabkan antara lain perlambatan pertumbuhan ekonomi nasional, penurunan penerimaan negara, dan peningkatan belanja negara dan pembiayaan.
7. Bahwa kata “dapat” dalam Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular semestinya ditafsirkan secara gramatikal sebagai wujud kehendak dari pembentuk undang-undang, dan bukan untuk ditafsirkan secara

a contrario, sebagaimana yang dikehendaki oleh para Pemohon. Berdasarkan penjelasan Pasal 9 ayat 1 *a quo* yang dimaksud dengan petugas tertentu adalah setiap orang, baik yang berstatus sebagai pegawai negeri maupun bukan, yang ditunjuk oleh yang berwajib dan/atau yang berwenang untuk melaksanakan penanggulangan wabah. Sedangkan terkait dengan penghargaan dinyatakan bahwa penghargaan yang diberikan dapat berupa materi dan/atau bentuk lain.

8. Bahwa dengan adanya ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular maka Para Pemohon tidak dirugikan, sebaliknya justru para Pemohon memperoleh kesempatan untuk mendapatkan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugas. Sehingga menjadi tidak jelas dalam konteks apa para Pemohon merasa dirugikan, apakah karena tidak mendapatkan penghargaan ataukah karena tidak ada kesempatan untuk mendapatkan penghargaan?
9. Terkait dengan pemberian penghargaan, tentunya tidak dapat dimaknai bahwa pemberian penghargaan tersebut menjadi kewajiban yang harus dipenuhi oleh pemerintah kepada petugas tertentu, karena jika dimaknai demikian, maka hal itu tidak sesuai dengan makna dari 'penghargaan (reward)' yang bersifat khusus dan hanya dapat diberikan kepada petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah. Bahwa pemberian penghargaan bukan merupakan maksud dan tujuan utama dari UU Wabah Penyakit Menular karena maksud dan tujuan UU Wabah Penyakit Menular sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 2 adalah untuk melindungi penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan wabah secara dini dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.
10. Bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 9 ayat (2) UU Wabah Penyakit Menular telah mengatur ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pemberian penghargaan ke dalam Peraturan Pemerintah. Dalam hal ini Pemerintah telah menerbitkan PP Nomor 40/1991. Berdasarkan Pasal 29 ayat (2) PP Nomor 40/1991 penghargaan kepada petugas tertentu yang melakukan upaya penanggulangan wabah lebih lanjut ditetapkan oleh Menteri. Selanjutnya berdasarkan amanat dari PP Nomor 40/1991 Pemerintah telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK)

Nomor HK.01.07/392/2020 tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan Yang Menangani *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) yang mencabut dan menyatakan KMK Nomor HK.01.07/Menkes/278/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Covid-19 tidak berlaku lagi.

11. Dalam KMK Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 yang merupakan ketentuan terbaru mengenai Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Covid-19 telah diatur beberapa hal secara garis besar sebagai berikut:

- a. Pengusulan insentif yang saat ini sedang dalam proses verifikasi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tetap dilaksanakan sesuai dengan ketentuan KMK Nomor HK.01.07/Menkes/278/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Covid-19, dan proses verifikasi tersebut paling lambat sampai dengan tanggal 30 Juni 2020.
- b. Pengusulan insentif yang saat ini sedang dalam proses verifikasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota mengikuti ketentuan dalam KMK tersebut.

12. Bahwa berdasarkan yang telah disampaikan DPR RI tersebut maka sesungguhnya tanpa adanya penambahan frasa “wajib” dalam Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular, pemenuhan hak-hak bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan selama penanganan Covid-19 telah diatur dan dapat dibuktikan dengan keluarnya berbagai kebijakan yang dibuat oleh Pemerintah tersebut. Jikapun terdapat permasalahan dalam implementasi KMK tersebut yang berupa pencairan insentif tenaga kesehatan yang mengalami keterlambatan sebagaimana diberitakan akhir-akhir ini, hal ini bukanlah masalah inkonstitusionalitas norma UU *a quo*.

13. Bahwa DPR RI berpandangan pada dasarnya dalam permohonan *a quo* para Pemohon mempersalahkan materi muatan yang ada dalam Keputusan Menteri Kesehatan *in casu* KMK Nomor HK.01.07/Menkes/278/2020, sedangkan dalam hal ini keputusan Menteri

kesehatan adalah salah satu peraturan perundang-undangan untuk melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Oleh karena itu, tidak tepat jika para Pemohon melakukan pengujian konstusionalitas materi muatan Keputusan Menteri ke Mahkamah Konstitusi.

14. Terkait permasalahan kelangkaan APD, DPR RI menekankan bahwa para Pemohon tidak menguraikan secara rinci dan jelas, apakah penyebab dari kelangkaan APD tersebut memang disebabkan oleh adanya ketentuan pasal *a quo*. Sebagai tindakan cepat dan responsif, Pemerintah telah mengeluarkan beberapa kebijakan untuk menjaga ketersediaan APD dengan mengeluarkan kebijakan larangan sementara ekspor APD, Antiseptik, Bahan Baku Masker, yang diatur dalam Peraturan Menteri Perdagangan Nomor 23 Tahun 2020 tentang Larangan Sementara Ekspor Antiseptik, Bahan Baku Masker, Alat Pelindung Diri, dan Masker sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Perdagangan Nomor 34 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Perdagangan Nomor 23 Tahun 2020 tentang Larangan Sementara Ekspor Antiseptik, Bahan Baku Masker, Alat Pelindung Diri, dan Masker pada tanggal 17 Maret Tahun 2020. Peraturan-peraturan tersebut dikeluarkan untuk mengatasi permasalahan kelangkaan APD yang disebabkan karena tingginya permintaan yang berbanding selaras dengan tingginya angka Pasien Positif Covid-19.
15. Pasal 1 angka 7 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU Kesehatan), fasilitas pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Bahwa para Pemohon telah keliru memahami APD sebagai bagian dari fasilitas kesehatan yang harus dipenuhi Pemerintah. Padahal APD merupakan alat kesehatan yang menjadi bagian dari perbekalan kekarantinaan kesehatan sebagaimana dimaksud Pasal 72 ayat (3) UU Keekarantinaan Kesehatan yang mengatakan bahwa perbekalan kekarantinaan kesehatan meliputi

sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan lain yang diperlukan.

16. Bahwa terhadap dalil para Pemohon yang pada intinya menyatakan tidak ada ketentuan yang menjelaskan mengenai frasa sumber daya dalam penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan dalam Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan, DPR RI memberikan pandangan bahwa dalam Bab IX UU Keekarantinaan Kesehatan telah memuat ketentuan yang mengatur mengenai Sumber Daya Keekarantinaan Kesehatan. Ketentuan Pasal 71 UU Keekarantinaan Kesehatan telah menguraikan secara jelas bahwa sumber daya dalam penyelenggaraan Keekarantinaan Kesehatan meliputi: *a. fasilitas dan perbekalan Keekarantinaan Kesehatan; b. Pejabat Karantina Kesehatan; c. penelitian dan pengembangan; dan d. pendanaan.* Kemudian, Ketentuan Pasal 72 hingga Pasal 78 UU Keekarantinaan Kesehatan juga telah memuat ketentuan yang menguraikan lebih rinci terkait beberapa sumber daya dalam penyelenggaraan kesehatan sebagaimana diatur Pasal 71 UU Keekarantinaan Kesehatan. Bahwa petitum Para Pemohon yang menginginkan adanya penafsiran mengenai frasa sumber daya dalam ketentuan Pasal 6 UU *a quo* justru akan dapat mereduksi, mempersempit, dan menimbulkan potensi tumpang tindih dengan makna dari 'sumber daya keekarantinaan kesehatan' yang telah diatur terperinci dalam ketentuan Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 UU *a quo*. Dengan telah diaturnya ketentuan mengenai sumber daya keekarantinaan kesehatan dalam Pasal 71 UU *a quo*, maka Permohonan *a quo* terhadap Pasal 6 UU *a quo* menjadi *error in objecto*.
17. Selain itu, DPR RI juga berpendapat bahwa alasan pokok permohonan **tidak jelas atau *obscuur libel***. Hal ini disebabkan karena Para Pemohon dalam positanya sedikit sekali mengurai dan membangun **konstruksi normatif** mengapa frasa "dapat" dalam Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular dan frasa "sumber daya" dalam Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan harus dinyatakan inkonstitusional. Para Pemohon banyak mendalilkan permasalahan-permasalahan dalam penanganan Covid-19 yang dialaminya, namun tidak mampu mengkorelasikan hubungan sebab akibat secara langsung atas

keberlakuan pasal-pasal *a quo*. Tidak ada uraian jelas secara normatif mengapa kata “dapat” dalam ketentuan pasal-pasal *a quo* harus dibatalkan MK. Oleh karena itu, terdapat ketidaksesuaian posita dan petitum Para Pemohon, sedangkan kesesuaian antara posita dan petitum permohonan merupakan hal yang sangat fundamental. Selain itu, persoalan implementasi norma undang-undang harus dibedakan dengan persoalan konstitusionalitas norma undang-undang.

18. Bahwa terkait dengan permohonan Provisi nomor 3 para Pemohon yang menginginkan “*Sebelum menjatuhkan putusan akhir, dalam rangka penanganan Pandemi Covid-19 di Indonesia yang sedang berlangsung, memerintahkan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah untuk segera menciptakan regulasi dan melaksanakan kebijakan...*”, DPR RI menerangkan hal ini bukanlah kewenangan Mahkamah Kontitusi untuk memerintahkan Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah untuk menciptakan regulasi dan melaksanakan kebijakan tertentu dalam rangka penanganan pandemi Covid-19. Hal ini sudah jelas dilaksanakan oleh Pemerintah dan pemerintah daerah dengan mengeluarkan berbagai regulasi yang telah DPR RI sampaikan di atas. Hal ini selara dengan tujuan dibentuknya Pemerintahan Negara Republik Indonesia berdasarkan pembukaan UUD NRI Tahun 1945 yaitu untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia.
19. Bahwa selain itu penyusunan regulasi dan pembuatan kebijakan merupakan kewenangan yang dimiliki oleh pemegang kekuasaan pemerintahan negara. Hal tersebut selaras dengan pertimbangan hukum Mahkamah Konstitusi dalam Putusan Nomor 007/PUU-III/2005 yang menyatakan:

...bahwa, dengan demikian, terminologi “negara” dalam Pasal 34 ayat (2) UUD 1945, dalam hubungannya dengan paham negara kesejahteraan, sesungguhnya lebih menunjuk kepada pelaksanaan fungsi pelayanan sosial negara bagi rakyat atau warga negaranya. Sehingga, fungsi tersebut merupakan bagian dari fungsi-fungsi pemegang kekuasaan pemerintahan negara menurut UUD 1945. Agar fungsi dimaksud dapat berjalan, maka pemegang kekuasaan pemerintahan negara membutuhkan wewenang;

bahwa, menurut UUD 1945, kekuasaan pemerintahan negara dilaksanakan oleh Pemerintah (Pusat) dan Pemerintahan Daerah,

sehingga pada Pemerintahan Daerah pun melekat pula fungsi pelayanan sosial dimaksud. Dengan demikian, Pemerintahan Daerah juga memiliki wewenang guna melaksanakan fungsi dimaksud. Hal itu sebagai konsekuensi logis dari dianutnya ajaran otonomi, sebagaimana diatur terutama dalam Pasal 18 ayat (2) UUD 1945 yang berbunyi, "Pemerintahan daerah provinsi, daerah kabupaten, dan kota mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan", sementara pada ayat (5)-nya ditegaskan bahwa otonomi yang dimaksud adalah otonomi yang seluas-luasnya kecuali urusan pemerintahan yang oleh undang-undang ditentukan sebagai urusan Pemerintah Pusat;

I. KETERANGAN TAMBAHAN DPR RI

1. Terkait dengan pertanyaan Yang Mulia Hakim Konstitusi Enny Nurbaningsih:
 - a. Apakah Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 UU Kejarantinaan Kesehatan adalah rujukan yang berasal dari Pasal 6 UU Kejarantinaan Kesehatan, karena dalam perumusan norma secara perancangan UU tidak mencantumkan redaksi rujukan pasal sebagai suatu kelaziman?
 - DPR RI memberikan tanggapan bahwa, meskipun di dalam ketentuan Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 secara *legal drafting* tidak merujuk kepada ketentuan Pasal 6 UU Kejarantinaan Kesehatan dan tidak menyebutkannya secara eksplisit, namun dengan menggunakan penafsiran UU secara sistematis dapat dipahami bahwa Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 berkaitan erat dengan tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah terhadap ketersediaan sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan. Pencantuman Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 juga dilakukan berdasarkan adanya dalil para Pemohon yang pada intinya mempermasalahkan tidak adanya ketentuan yang menjelaskan mengenai frasa sumber daya dalam penyelenggaraan kejarantinaan kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 6. Sehingga jika ditafsirkan secara sistematis, susunan yang berhubungan dengan pasal-pasal lainnya, dalam hal ini Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 yang merupakan bagian dari Bab yang mengatur rinci tentang Sumber Daya Kejarantinaan Kesehatan.

- Tidak adanya frasa rujukan tidak berarti Pasal tersebut berdiri sendiri karena merupakan keseluruhan pasal-pasal dalam *UU a quo* memiliki keterkaitan dan menjadi satu kesatuan utuh dalam pengaturan UU, sehingga secara sistematis dapat dipahami sebagai penafsiran hukum jika melihat keseluruhan Pasal dalam *UU a quo*.
- b. Apakah dalam ketentuan Pasal 71, perlindungan terhadap tenaga kesehatan jangkauannya mencakup fasilitas seperti APD yang seharusnya ada atau melekat kepada petugas itu?
- DPR RI menuangkan di bagian risalah di Romawi IV.
- c. Terkait substansi, insentif, pemberian perlindungan di Pasal 6 UU Kejarantinaan Kesehatan, sejauh mana tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah pada saat pembahasan pasal ini sesuai dengan *original intent*?
- DPR RI menuangkan di bagian risalah di Romawi IV.
- d. Bagaimana ketentuan Pasal 76 UU Kejarantinaan Kesehatan di dalam proses pembahasannya terkait wujud dari perlindungan kesehatan dan resiko kesehatan organ?
- DPR RI menuangkan di bagian risalah di Romawi IV.
- e. Bagaimana perkembangan perubahan atau penggantian UU Wabah Penyakit Menular saat ini, apakah sudah dilakukan pembahasan?
- UU Wabah Penyakit Menular sudah masuk dalam Prolegnas 2020-2024, urutan ke-206. Adapun pengusulnya merupakan Pemerintah.
 - Terkait dengan RUU Wabah penyakit menular sampai saat ini Pemerintah belum mengajukan Draft ke DPR untuk dilakukan pembahasan bersama.
2. Terkait dengan pertanyaan Yang Mulia Hakim Konstitusi Daniel Yusmic mengenai bagaimana perdebatan *original intent* pembentuk UU pada saat pembahasan Pasal 9 ayat (1) UU Kejarantinaan Kesehatan?
- DPR RI menuangkan di bagian risalah di Romawi IV.

II. RISALAH PEMBAHASAN TERKAIT PASAL-PASAL A QUO

1. Materi muatan di dalam risalah pembahasan UU Kekeantinaan Kesehatan yang terkait:

- Jika dalam Pasal 5 ayat (2) tanggung jawab Pemerintah Daerah bukan sekedar dapat melibatkan, dengan kata lain menjadi kewajiban, maka implikasinya pada Pasal 6 akan sangat konsisten pelaksanaan tanggungjawab penyelenggaraan Kekeantinaan Kesehatan. **(Hal.43 F. Nasdem. Bag.Dim 1-11 Ruu Kekeantinaan Kesehatan)**

- **Usulan Perubahan Redaksional (F-PDIP)**

Pemerintah dalam menyelenggarakan kekeantinaan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melibatkan Pemerintah Daerah.

- **TENAGA AHLI BALEG (AGUNG ANDRI WIDIYATMOKO):**

DIM nomor 325 jadi sebagai berikut ayat (2) Tanggung jawab Pemerintah Pusat dalam penyelenggaraan karantina wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan melibatkan Pemerintah Daerah dan pihak yang terkait. Ini perbaikan terhadap kata Pemerintah Pusat dan penambahan pihak yang terkait. **(Hlm.35 Rapat Panja Pembahasan RUU Tentang Kekeantinaan Kesehatan, Selasa 3 Juli 2018)**

- **DIRJEN PENCEGAHAN (M. SUBUH):**

Saya kira dalam urusan ini pemerintah daerah juga berperan terutama dalam superland penyakit dan juga dalam penyediaan sumber daya yang ada di daerah. Tidak mungkin pemerintah pusat bisa melakukan pengamatan penyakit itu dari tingkat desa, kecamatan, kabupaten tanpa ada peran serta dari pemerintah daerah. Saya kira itu penjelasannya. **(Hlm. 12, Panja Pembahasan RUU Tentang Kekeantinaan Kesehatan)**

2. Naskah Akademik UU Kejarantinaan Kesehatan Hal.68

Pemerintah daerah memberikan dukungan dan terlibat secara penuh dalam pelaksanaan kejarantinaan kesehatan. Pada dasarnya setiap orang mempunyai hak memperoleh perlakuan yang sama dalam penyelenggaraan kejarantinaan kesehatan, yaitu mendapatkan pelayanan kesehatan dasar sesuai kebutuhan medis, kebutuhan pangan, dan kebutuhan kehidupan sehari-hari lainnya selama karantina. Sebaliknya, setiap orang berkewajiban mematuhi dan turut serta sesuai dengan kondisi yang dihadapi dalam penyelenggaraan kejarantinaan kesehatan. Kejarantinaan kesehatan di pintu masuk dan di wilayah dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi yang didukung oleh jaringan informasi yang cepat dan akurat sehingga dapat terlaksana tindakan karantina yang efektif dan efisien. Pelaksanaan kejarantinaan kesehatan merupakan bagian integral dari tugas dan fungsi yang tergabung dalam karantina-imigrasi-bea cukai (*quarantine-immigration-customs*), yang berlaku secara internasional sehingga diperlukan jejaring kerja antar pemangku kepentingan, seperti:

- a. Otoritas Kesehatan
- b. Imigrasi
- c. Bea dan Cukai
- d. Syahbandar, Otoritas Pelabuhan, Otoritas Bandar Udara, Navigasi
- e. Pengelola pintu masuk: Angkasa Pura, Pelindo
- f. Karantina Pertanian
- g. Karantina Ikan
- h. TNI dan POLRI
- i. Asosiasi pelayaran
- j. Asosiasi penerbangan
- k. Pemerintah Daerah: dinas-dinas terkait (Dinas Kesehatan dan lain-lain)
- l. Sarana Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, poliklinik dan lain-lain
- m. Badan-badan Nasional dan internasional terkait
- n. LSM, Swasta, Organisasi Profesi
- o. Tokoh masyarakat

Dukungan berbagai pihak tersebut di atas diatur dalam peraturan perundang-undangan dalam pelaksanaan di lapangan mengikuti sistem komando dan koordinasi di bawah penanggungjawab pelaksanaan kekarantinaan kesehatan setempat yang telah ditetapkan oleh Pemerintah. Semua petugas dari berbagai pihak tersebut di atas, dalam melaksanakan upaya kekarantinaan kesehatan mendapat jaminan perlindungan dari Pemerintah. Guna menjamin penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan yang berhasil dan berdaya guna, perlu didukung oleh infrastruktur yang memadai dalam bentuk pengorganisasian, sumber daya, jaringan informasi, serta peraturan pelaksanaannya. Dalam pengorganisasian, Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan membentuk unit kerja utama guna menyiapkan dan menyelenggarakan kebijakan teknis kekarantinaan kesehatan. Dalam pelaksanaan di lapangan yaitu di pintu masuk dilaksanakan oleh unit pelaksana teknis sebagai otoritas kesehatan masyarakat, sedangkan di wilayah dapat dilaksanakan oleh dinas kesehatan. Organisasi penyelenggara kekarantinaan kesehatan mempunyai kewenangan dalam melaksanakan cegah tangkal penyebaran penyakit, baik secara lokal di wilayah, antar wilayah, maupun antar negara.

3. Usulan Rumusan Dim RUU Kekarantinaan Kesehatan Terkait dengan Kedaruratan Kesehatan

- **F GERINDRA:**

Kedaruratan Kesehatan Masyarakat adalah kejadian kesehatan masyarakat yang bersifat luar biasa dengan ditandai penyebaran penyakit menular dan/atau kejadian yang disebabkan oleh radiasi nuklir, pencemaran biologi, bioterrorisme dan kontaminasi kimia (NUBIKA), dan pangan yang menimbulkan bahaya kesehatan dan berpotensi menyebar lintas wilayah atau lintas negara.

DISEPAKATI PANJA (12 OKT 2016)

- **Usulan Pemerintah tanggal 2 Juli 2018**

Kedaruratan Kesehatan Masyarakat adalah kejadian kesehatan masyarakat yang bersifat luar biasa dengan ditandai penyebaran penyakit menular dan/atau kejadian yang disebabkan oleh radiasi nuklir, pencemaran biologi, dan kontaminasi kimia (NUBIKA),

bioterrorisme, dan pangan yang menimbulkan bahaya kesehatan dan berpotensi menyebar lintas wilayah atau lintas Negara.

4. Berdasarkan risalah diatas, tidak ditemukan pembahasan lebih mendalam terkait:

- a. Jangkauan fasilitas kesehatan seperti APD;
- b. Terkait besaran insentif; dan
- c. Terkait cakupan sejauh mana peran pemerintah dalam menjamin ketersediaan sumber daya dibidang kesehatan yang diperlukan dalam penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan.

Namun, terhadap pelaksanaan terkait ketentuan pasal *a quo* telah diatur melalui peraturan pelaksanaannya.

5. Tidak ditemukan data risalah pembahasan Undang-Undang Wabah Penyakit Menular mengingat Undang-Undang tersebut diundangkan pada Tahun 1984.

III. PETITUM DPR RI

Bahwa berdasarkan keterangan tersebut di atas, DPR RI memohon agar kiranya, Yang Mulia Ketua Majelis Hakim Konstitusi memberikan amar putusan sebagai berikut:

1. Menyatakan bahwa para Pemohon tidak mempunyai kedudukan hukum (*legal standing*) sehingga permohonan *a quo* harus dinyatakan tidak dapat diterima (*niet ontvankelijk verklaard*);
2. Menolak permohonan para Pemohon untuk seluruhnya atau setidaknya menyatakan permohonan Para Pemohon tidak dapat diterima;
3. Menerima keterangan DPR RI secara keseluruhan;
4. Menyatakan Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3237) tidak bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan tetap memiliki kekuatan hukum mengikat; dan
5. Menyatakan Pasal 6 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kejarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6236) tidak bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan tetap memiliki kekuatan hukum mengikat.

Apabila Yang Mulia Ketua dan Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi berpendapat lain, mohon putusan yang seadil-adilnya (*ex aequo et bono*).

[2.4] Menimbang bahwa terhadap permohonan para Pemohon, Presiden memberikan keterangan tertulis yang diterima di Kepaniteraan Mahkamah tanggal 11 Agustus 2020 dan didengarkan dalam persidangan pada tanggal 11 Agustus 2020, serta keterangan tertulis tambahan yang diterima di Kepaniteraan Mahkamah tanggal 11 September 2020, yang pada pokoknya mengemukakan hal sebagai berikut:

I. DALAM PROVISI

1. Bahwa para Pemohon mengajukan permohonan provisi, merujuk pada adanya putusan sela Mahkamah Konstitusi Nomor 133/PUU-VII/2009 tanggal 29 Oktober 2009.
2. Bahwa menurut para Pemohon, oleh karena berkaitan dengan penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) di Indonesia dan adanya kebutuhan dasar: Alat Pelindung Diri (APD), kebutuhan insentif dan penyediaan santunan bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan, para Pemohon mengajukan permohonan provisi kepada Mahkamah memerintahkan pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk segera menciptakan regulasi untuk memenuhi kebutuhan hak-hak dasar *bagi tenaga medis, tenaga kesehatan dan pegawai fasilitas kesehatan* yang melaksanakan penanganan Pandemi COVID-19 di Indonesia.

II. POKOK PERMOHONAN PARA PEMOHON

Bahwa para Pemohon pada pokoknya memohon untuk menguji apakah:

Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular, berbunyi:

“Kepada para **petugas tertentu** yang melaksanakan **upaya penanggulangan wabah** sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1)

dapat diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya”.

Pasal 6 UU Kekarantinaan Kesehatan, berbunyi:

“Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap ketersediaan sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan”.

bertentangan dengan:

Pasal 27 ayat (2) UUD 1945 yang berbunyi:

“Tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”.

Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 yang berbunyi:

“Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum.”

Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 yang berbunyi:

“Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.

dengan alasan-alasan sebagai berikut:

1. Bahwa menurut para Pemohon, ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular sepanjang kata “dapat” tidak memberikan kepastian hukum karena tidak “mewajibkan” pemerintah untuk memenuhi kebutuhan bagi para tenaga medis, tenaga kesehatan dan pegawai fasilitas kesehatan yang melawan pandemi COVID-19. Kata dapat hanya memberikan alternatif opsi sehingga bertentangan dengan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945;
2. Bahwa menurut para Pemohon, ketentuan Pasal 6 UU Kekarantinaan Kesehatan sepanjang frasa “sumber daya” tidak memberikan kepastian hukum karena tidak memberikan kejelasan mengenai apa yang disebut “sumber daya” yang diperlukan dalam penyelenggaraan kekarantinaan, sehingga bertentangan dengan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945.

III. KEDUDUKAN HUKUM (*LEGAL STANDING*) PARA PEMOHON

Sehubungan dengan kedudukan hukum para Pemohon, Pemerintah berpendapat sebagai berikut:

1. Bahwa berdasarkan Pasal 51 ayat (1) UU Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2014, menyebutkan bahwa Pemohon adalah pihak yang menganggap hak dan atau kewenangan konstitusionalnya dirugikan oleh berlakunya undang-undang yaitu:
 - a. Perorangan warga negara Indonesia;
 - b. Kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam undang-undang;
 - c. Badan hukum publik atau privat; atau
 - d. Lembaga Negara.

Ketentuan di atas dipertegas dalam penjelasannya, bahwa yang dimaksud dengan "*hak konstitusional*" adalah hak-hak yang diatur dalam UUD 1945; Dengan demikian, agar seseorang atau suatu pihak dapat diterima sebagai Pemohon yang memiliki kedudukan hukum (*legal standing*) dalam permohonan pengujian undang-undang terhadap UUD 1945, maka terlebih dahulu harus menjelaskan dan membuktikan:

- a. Kualifikasinya dalam permohonan *a quo* sebagaimana disebut dalam Pasal 51 ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2014;
 - b. Hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya dalam kualifikasi dimaksud yang dianggap telah dirugikan oleh berlakunya Undang-Undang yang diuji;
 - c. Kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional Pemohon sebagai akibat berlakunya Undang-Undang yang dimohonkan pengujian.
2. Bahwa selanjutnya melalui Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 006/PUU-III/2005 dan Putusan Nomor 11/PUU-V/2007 serta putusan-putusan selanjutnya, Mahkamah telah berpendirian kerugian hak ditentukan dengan lima syarat yaitu:
 - a. Adanya hak dan atau kewenangan Pemohon yang diberikan oleh UUD 1945;

- b. Hak dan atau kewenangan tersebut oleh Pemohon dianggap dirugikan oleh berlakunya peraturan perundang-undangan yang dimohonkan pengujian;
 - c. Kerugian tersebut harus bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
 - d. Adanya hubungan sebab-akibat (*causal verband*) antara kerugian dimaksud dan berlakunya peraturan perundang-undangan yang dimohonkan pengujian;
 - e. Adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan maka kerugian hak seperti yang didalilkan tidak akan dan/atau tidak lagi terjadi;
3. Bahwa berdasarkan seluruh uraian tersebut, maka menurut Pemerintah perlu dipertanyakan apakah terdapat kerugian konstitusional dari para Pemohon yang dimaksud bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya bersifat potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi, dan apakah ada hubungan sebab akibat (*causal verband*) antara kerugian dan berlakunya undang-undang yang dimohonkan untuk diuji;
4. Bahwa menurut Pemerintah tidak terdapat kerugian konstitusional yang diderita oleh para Pemohon dengan alasan sebagai berikut:
- a. Bahwa terkait dengan kedudukan hukum Pemohon I sebagai sebuah perkumpulan, berdasarkan hasil penelusuran melalui website Direktorat Jenderal Administrasi Hukum Umum Kementerian Hukum dan HAM, **tidak ditemukan** nama Pemohon I (*in casu* **Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia**) sebagai **perkumpulan yang telah terdaftar**, oleh karena itu dalam Permohonan *aquo*, Pemohon I **sama sekali tidak menunjukkan legalitas sebagai badan hukum perkumpulan** yang telah terdaftar pada Kementerian Hukum dan HAM sesuai ketentuan Staatsblad 1870 Nomor 64 tentang Perkumpulan-Perkumpulan Berbadan Hukum *juncto* Buku III Bab IX KUH Perdata *juncto* Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 3 Tahun 2016 tentang Tata Cara Pengajuan Permohonan Pengesahan Badan Hukum dan Persetujuan Perubahan Anggaran Dasar Perkumpulan dan

sama sekali tidak menunjukkan adanya mandat dalam AD/ART Pemohon untuk bertindak mewakili perkumpulan tersebut di Pengadilan, sehingga tidak jelas kepentingan hukum Pemohon dalam permohonan *aquo*.

- b. Bahwa dalam Bab II Permohonan tentang Kedudukan Hukum (*legal standing*), para Pemohon sama sekali tidak menguraikan hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya yang dianggap telah dirugikan oleh berlakunya undang-undang yang diuji, terutama dengan berlakunya Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit menular. Hal ini terbukti dari hampir seluruh argumen Para Pemohon pada bagian *legal standing* hanya menguraikan tentang kurangnya ketersediaan sumber daya di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun di rumah sakit. Argumentasi tersebut tentunya hanya terkait dengan berlakunya Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan.
- c. Bahwa terkait dengan kepentingan hukum Pemohon II s/d Pemohon V sebagaimana didalilkan bukanlah persoalan inkonstitusionalitas norma (pertentangan antara UU dengan UUD 1945) melainkan **persoalan implementasi**. Tidak ada kerugian dari para Pemohon dengan diaturnya pasal-pasal *aquo* yang diuji, justru dengan adanya ketentuan tersebut, maka para Pemohon memperoleh kesempatan untuk mendapatkan **penghargaan** atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya. Sekiranya para Pemohon merasa dirugikan oleh karena ketentuan *aquo*, maka justru menimbulkan ketidakjelasan yaitu dalam konteks apa Para Pemohon merasa dirugikan, apakah karena tidak mendapatkan penghargaan ataukah karena tidak ada kesempatan untuk mendapatkan penghargaan? Terkait pemberian penghargaan, tentunya tidak dapat dimaknai bahwa pemberian penghargaan tersebut menjadi kewajiban, karena hal tersebut apabila dimaknai demikian maka akan bertentangan dengan makna penghargaan (*reward*) itu sendiri yang hanya dapat diberikan kepada para **petugas tertentu** yang melaksanakan **upaya penanggulangan wabah, sehingga penghargaan tersebut memiliki** arti khusus.
- d. Bahwa penafsiran para Pemohon terkait pasal yang diuji adalah penafsiran secara *a contrario* terkait kata “dapat” dalam pemberian

penghargaan yaitu menjadi “wajib”. Hal ini jelas menurut Pemerintah **sangat keliru**, karena pemberian penghargaan sifatnya bukan “wajib” melainkan “dapat”. Sebagaimana Lampiran II angka 267 UU No. 12/2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, penggunaan kata “dapat” dalam norma pemberian penghargaan menyatakan sifat diskresioner dari suatu kewenangan yang diberikan kepada seseorang atau lembaga. Hal tersebut merupakan pilihan hukum (*open legal policy*) yang bersifat khusus atau tertentu yang hanya dapat diberikan kepada para **petugas tertentu** yang melaksanakan **upaya penanggulangan wabah**.

Berdasarkan dalil-dalil di atas, oleh karena dalil-dalil Para Pemohon lebih **bersifat pada persoalan implementasi norma, dan tidak adanya kerugian konstitusional yang dialami oleh Para Pemohon**, maka Pemerintah berpendapat para Pemohon tidak memenuhi syarat kedudukan hukum (*legal standing*) dan adalah tepat jika Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi secara bijaksana **menyatakan permohonan para Pemohon tidak dapat diterima (*niet ontvankelijke verklaard*)**.

IV. TANGGAPAN PEMERINTAH TERHADAP PERMOHONAN PROVISI PARA PEMOHON

1. Bahwa para Pemohon **telah keliru** dalam memaknai Putusan Sela Mahkamah Konstitusi Nomor 133/PUU-VII/2009 tanggal 29 Oktober 2009 dikaitkan dengan **kepentingan hukum** Para Pemohon yang jelas-jelas **tidak memiliki kerugian konstitusional akibat berlakunya ketentuan Pasal yang diuji**. Bahwa dalam pertimbangan hukum Mahkamah Konstitusi pada [3.14], [3.15], dan [3.16] halaman 32 telah secara jelas menjelaskan maksud putusan sela, yaitu:

[3.14] Menimbang bahwa relevansi dan signifikansi diterbitkannya putusan provisi dalam perkara pengujian undang-undang terhadap UUD adalah **untuk mencegah terjadinya pelanggaran hak asasi manusia apabila suatu norma hukum diterapkan sementara pemeriksaan atas pokok permohonan masih berjalan padahal hak-hak konstitusional Pemohon yang dirugikan tidak dapat dipulihkan dalam putusan akhir**. Dalam perkara a quo putusan sela diperlukan untuk mencegah kemungkinan kerugian konstitusional para Pemohon apabila menjadi terdakwa karena diberhentikan (tetap) oleh Presiden padahal dasar hukum atau pasal undang-undang

tentang itu sedang diperiksa dalam pengujian terhadap UUD 1945 di Mahkamah.

[3.15] Menimbang bahwa dalam permohonan provisi para Pemohon memohon, antara lain, agar Mahkamah, "... memerintahkan kepada Presiden Republik Indonesia untuk tidak menerbitkan surat keputusan penghentian terhadap para Pemohon terkait dengan perkara dengan nomor laporan Polisi: Nomor Pol: LP/482/VIII/2009/Bareskrim tanggal 25 Agustus 2009 yang menyatakan para Pemohon sebagai tersangka setidak-tidaknya sampai adanya Putusan Mahkamah Konstitusi dalam perkara a quo yang berkekuatan hukum tetap ...".

[3.16] Menimbang bahwa karena permohonan provisi tersebut terkait dengan pengujian undang-undang, meskipun permohonan beralasan, namun yang dapat dikabulkan oleh Mahkamah hanya **menunda penerapan** Pasal 32 ayat (1) huruf c juncto Pasal 32 ayat (3) UU KPK oleh Presiden, yakni tindakan administrative berupa pemberhentian Pimpinan KPK yang menjadi terdakwa karena melakukan tindak pidana kejahatan.

2. Bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 58 UU MK keberlakuan suatu norma dalam Undang-Undang tidak dapat dihentikan, ditunda atau dibatalkan oleh Mahkamah Konstitusi sebelum ada putusan yang menyatakan bahwa undang-undang tersebut bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hal itu telah ditegaskan pula dalam pertimbangan hukum Putusan Sela Mahkamah Konstitusi Nomor 133/PUU-VII/2009 tanggal 29 Oktober 2009 pada [3.12] halaman 30, yaitu:

[3.12] Menimbang bahwa berdasarkan **Pasal 58 UU MK** yang berbunyi, "**Undang-undang yang diuji oleh Mahkamah Konstitusi tetap berlaku, sebelum ada putusan yang menyatakan bahwa undang-undang tersebut bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945**". Dari ketentuan Pasal 58 UU MK *prima facie*, **Mahkamah tidak berwenang untuk memerintahkan penghentian, walaupun bersifat sementara, terhadap proses hukum yang sedang berlangsung**, namun, dalam permohonan pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 Mahkamah dapat mengatur pelaksanaan kewenangannya, yaitu berupa tindakan penghentian sementara pemeriksaan permohonan pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 atau penundaan putusan atas permohonan tersebut apabila permohonan dimaksud menyangkut pembentukan undang-undang yang diduga berkaitan dengan suatu tindak pidana sebagaimana diatur dalam Pasal 16 Peraturan Mahkamah Konstitusi Nomor 06/PMK/2005 tentang Pedoman Beracara dalam Perkara Pengujian Undang-undang.

3. Bahwa terkait dengan adanya tuntutan provisi dari Para Pemohon yang sama sekali tidak terkait ketentuan Pasal yang diuji dan terkait dengan adanya permohonan kepada Mahkamah Konstitusi agar memerintahkan

pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk segera menciptakan regulasi untuk memenuhi kebutuhan hak-hak dasar *bagi tenaga medis, tenaga kesehatan dan pegawai fasilitas kesehatan* yang melaksanakan penanganan Pandemi COVID-19 di Indonesia, maka menurut Pemerintah semakin tidak jelas/kabur (*obscuur libel*) permohonan provisi aquo.

4. Bahwa berdasarkan uraian tersebut, oleh karena tuntutan provisi tersebut tidak terkait ketentuan pasal yang diuji, dan tidak jelas/kabur (*obscuur libel*) permohonan provisi para Pemohon, maka Pemerintah berpendapat sudah sepatutnya Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi secara bijaksana menyatakan **menolak** Permohonan Provisi para Pemohon.

V. KETERANGAN PEMERINTAH ATAS POKOK PERMOHONAN YANG DIMOHONKAN UNTUK DIUJI

AMANAT KONSTITUSI UNTUK MEMBERIKAN PELAYANAN DAN PERLINDUNGAN KESEHATAN BAGI RAKYAT TERHADAP MASALAH WABAH TERMASUK COVID-19 DAN PENANGGULANGANNYA

1. Bahwa **alinea keempat** Pembukaan UUD 1945 memuat cita-cita bangsa Indonesia, yang merupakan tujuan nasional dan sekaligus tujuan bernegara Indonesia yaitu *“Melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial”*.
2. Bahwa untuk menjamin setiap orang memperoleh kesejahteraan, terutama dalam memperoleh hak dalam pelayanan kesehatan, UUD 1945 mengaturnya dalam Pasal 28H ayat (1), yaitu *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup baik sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*.
3. Bahwa pemberian pelayanan kesehatan bagi setiap orang merupakan tanggung jawab Negara, dan oleh karenanya dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 diatur tanggung jawab negara yaitu **“Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”**.

4. Bahwa untuk melaksanakan tanggung jawab negara sebagaimana ditentukan UUD 1945, dan dalam rangka penanggulangan wabah COVID-19, yang kemudian secara regulasi telah diatur dalam beberapa ketentuan Peraturan Perundang-undangan sebagai payung hukum penanggulangan wabah COVID-19, yaitu:

- Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
- Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan;
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana;
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Kebijakan Keuangan Negara Dan Stabilitas Sistem Keuangan Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang;
- Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular;
- Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19);
- Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Program Pemulihan Ekonomi Nasional Dalam Rangka Mendukung Kebijakan Keuangan Negara Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Dan/Atau Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan Serta Penyelamatan Ekonomi Nasional;
- Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2020 tentang Perubahan Postur Dan Rincian Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2020;

- Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2020 Tentang Perubahan Postur Dan Rincian Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2020;
- Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2020 tentang Komite Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Dan Pemulihan Ekonomi Nasional;
- Keputusan Presiden Nomor 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19);
- Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19);
- Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional;
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501/MENKES/PER/X/2010 tanggal 12 Oktober 2010 tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah Dan Upaya Penganggulangannya;
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 tanggal 30 Juni 2020 tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan Yang Menangani *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19);
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/446/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19)
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/447/2020 tanggal 23 Juli 2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/392/2020 Tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan Yang Menangani *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19)

PEMERINTAH TELAH MENGATUR REGULASI PEMBERIAN INSENTIF BAGI TENAGA KESEHATAN YANG MENANGANI COVID-19

5. Bahwa Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular yang dimohonkan *a quo*, pelaksanaannya diamanatkan melalui peraturan pemerintah, sebagaimana Pasal 9 ayat (2) UU Wabah Penyakit Menular yang menyatakan bahwa pelaksanaan pemberian penghargaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah. Bahwa untuk melaksanakan amanat Pasal 9 ayat (2) UU Wabah Penyakit Menular tersebut, Pemerintah telah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (PP 40/1991), dimana Pasal 29 ayat (1) dan ayat (2) menyatakan:
 - (1) Kepada petugas tertentu yang telah melakukan upaya penanggulangan wabah **dapat** diberikan penghargaan.
 - (2) Penghargaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) ditetapkan lebih lanjut oleh **Menteri**.
6. Bahwa sebagai implementasi dari Pasal 29 PP 40/1991 di atas, dengan adanya pandemi COVID-19 yang sedang terjadi, Pemerintah telah memberikan insentif dan santunan kematian bagi tenaga kesehatan yang menangani Covid-19 di Indonesia. Pemberian insentif dan santunan kematian tersebut telah ditetapkan Menteri Kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/278/2020 tanggal 27 April 2020 tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan Yang Menangani *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19). Bahwa untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi, Menteri Kesehatan melakukan percepatan pelaksanaan pemberian insentif dan santunan kematian bagi tenaga Kesehatan yang menangani Covid-19 dengan merevisi Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/278/2020 dan menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 tanggal 30 Juni 2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19).
7. Bahwa untuk meningkatkan percepatan, efektivitas dan efisiensi pencairan insentif dan santunan kematian bagi tenaga kesehatan yang menangani

Covid-19, dilakukan perubahan terhadap mekanisme pemberian insentif dengan menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/447/2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19). Sasaran pemberian insentif dan santunan kematian adalah tenaga kesehatan baik Aparatur Sipil Negara (ASN), non ASN, maupun relawan yang menangani Covid-19 dan ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau pimpinan institusi kesehatan. Sasaran pemberian insentif tersebut telah bersesuaian dengan Penjelasan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular, yang menyatakan bahwa yang dimaksud dengan petugas tertentu dalam pasal ini adalah setiap orang baik yang berstatus sebagai pegawai negeri maupun bukan, yang ditunjuk oleh yang berwajib dan/atau yang berwenang untuk melaksanakan penanggulangan wabah. Sedangkan penghargaan yang diberikan dapat berupa materi dan/atau bentuk lain.

8. Fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) atau institusi kesehatan yang dimaksud oleh Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/392/ 2020 meliputi:

- 1) Rumah sakit yang memberikan pelayanan COVID-19, terdiri atas:
 - a. Rumah sakit milik Pemerintah Pusat yaitu:
 - (1) Rumah sakit milik Pemerintah Pusat yang khusus menangani COVID-19; dan
 - (2) Rumah sakit milik Pemerintah Pusat termasuk rumah sakit milik TNI/POLRI dan rumah sakit milik BUMN selain angka 1).
 - b. Rumah sakit milik Pemerintah Daerah.
 - c. Rumah sakit lapangan yang didirikan dalam rangka penanganan COVID-19.
 - d. Rumah sakit milik swasta.
- 2) Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP).
- 3) Balai Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BTKL-PP) dan Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan

Pengendalian Penyakit (BBTKL-PP) Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan.

- 4) Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota.
 - 5) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).
 - 6) Laboratorium yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
 - 7) Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan.
9. Jenis tenaga kesehatan yang mendapatkan insentif dan santunan kematian adalah dokter spesialis, dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya yang bekerja di 7 Fasyankes atau institusi kesehatan tersebut. Selain itu insentif dan santunan kematian diberikan juga kepada dokter yang mengikuti penugasan khusus residen, dokter yang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia, dokter yang mengikuti Pendayagunaan Dokter Spesialis, tenaga kesehatan yang mengikuti Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat, dan relawan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yang terlibat dalam penanganan COVID-19 yang diusulkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tempat penugasan.
10. Besaran insentif untuk tenaga kesehatan di rumah sakit menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 sebagaimana telah diubah dengan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/447/2020 setinggi-tingginya antara lain:
- 1) **Dokter Spesialis Rp15 juta/OB**
 - 2) **Dokter Umum dan Gigi Rp10 juta/OB**
 - 3) **Bidan dan Perawat Rp7,5 juta/OB**
 - 4) **Tenaga Medis Lainnya Rp5 juta/OB.**
11. Besaran insentif yang diberikan kepada dokter yang mengikuti penugasan khusus residen dan dokter yang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia di rumah sakit yang terlibat dalam penanganan COVID-19 paling tinggi sebesar Rp10.000.000 (sepuluh juta rupiah) sedangkan dokter yang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia di Puskesmas

yang terlibat dalam penanganan COVID-19 paling tinggi sebesar Rp5.000.000 (lima juta rupiah).

12. Besaran insentif yang diberikan kepada dokter yang mengikuti Pendayagunaan Dokter Spesialis yang terlibat dalam penanganan COVID-19 paling tinggi sebesar Rp15.000.000 (lima belas juta rupiah).
13. Besaran insentif untuk tenaga kesehatan di Balai Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BTKL-PP) dan Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BBTKL-PP) Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan, diberikan sesuai dengan besaran tiap jenis tenaga kesehatan.
14. Insentif untuk tenaga kesehatan di Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP), Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota, Puskesmas termasuk tenaga kesehatan yang mengikuti Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat setinggi-setingginya sebesar Rp5.000.000 (lima juta rupiah) setara dengan besaran insentif tenaga medis lainnya.
15. Insentif untuk tenaga kesehatan dan tenaga lain yang terlibat dalam melaksanakan pemeriksaan spesimen *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) secara langsung di laboratorium yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan setinggi-setingginya sebesar Rp5.000.000 (lima juta rupiah) setara dengan besaran insentif tenaga medis lainnya.
Dalam hal tenaga kesehatan dan tenaga lain yang melakukan pemeriksaan spesimen *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) secara langsung di laboratorium dengan pendidikan Strata 3 (S3), dokter spesialis patologi klinik dan dokter spesialis mikrobiologi klinik, besaran insentif disamakan dengan besaran insentif dokter spesialis.
16. Besaran insentif yang diberikan kepada tenaga kesehatan di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan yang menangani COVID-19 setara dengan besaran insentif tenaga kesehatan yang menangani COVID-19 di Puskesmas.
17. Dalam hal tenaga kesehatan yang mengikuti Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat terlibat dalam penanganan COVID-19 di rumah sakit diberikan insentif yang besarnya

sesuai dengan besaran tiap jenis tenaga kesehatan yang menangani COVID-19 di rumah sakit.

18. Besaran santunan kematian sebesar Rp300.000.000 (tiga ratus juta rupiah) diberikan kepada tenaga kesehatan yang meninggal karena terpapar COVID-19 yang memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan atau institusi kesehatan, termasuk dokter yang mengikuti penugasan khusus residen, dokter yang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia, dokter yang mengikuti Pendayagunaan Dokter Spesialis, dan tenaga kesehatan yang mengikuti Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat, dan relawan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
19. Bahwa Insentif dan santunan kematian bagi tenaga kesehatan yang menangani COVID-19 diberikan terhitung mulai **bulan Maret 2020** sampai dengan **bulan Desember 2020** dan **dapat diperpanjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.**
20. Bahwa sumber pendanaan insentif bagi tenaga kesehatan yang menangani COVID-19 dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (**APBN**) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (**APBD**) melalui Bantuan Operasional Kesehatan (**BOK**). Sedangkan sumber pendanaan santunan kematian bersumber dari APBN.
21. Bahwa melalui Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020, Pemerintah melakukan penyederhanaan alur pembayaran insentif, yang mana sebelumnya verifikasi dilakukan secara berjenjang mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan atau institusi kesehatan milik daerah ke dinas kesehatan kabupaten/kota, kemudian ke dinas kesehatan provinsi, lalu ke Kemenkes dan oleh Kemenkes diajukan kepada Kemenkeu. Sekarang, proses verifikasi dan pembayaran diajukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan atau institusi kesehatan milik daerah kepada Dinas Kesehatan daerah provinsi/kabupaten/kota masing-masing untuk diajukan kepada BPKAD/DPKAD Provinsi atau BPKAD/DPKAD Kabupaten/Kota untuk selanjutnya dilakukan pembayaran insentif.
22. Sedangkan insentif bagi fasilitas pelayanan kesehatan atau institusi kesehatan yang menggunakan dana APBN sesuai dengan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 mengajukan usulan insentif kepada

Kemenkes untuk selanjutnya dilakukan verifikasi dan pembayaran oleh Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) kepada masing-masing tenaga kesehatan.

23. Selanjutnya Kemenkes menerbitkan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/447/2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Corona virus Disease (Covid-19) yang mengubah alur pembayaran insentif dengan menggunakan APBN yang semula dibayarkan oleh PPK kepada masing-masing tenaga kesehatan menjadi dibayarkan oleh PPK kepada Fasyankes atau institusi kesehatan, selanjutnya Fasyankes atau institusi kesehatan mendistribusikan insentif kepada masing-masing tenaga kesehatan.

STRATEGI PEMERINTAH DALAM UPAYA PENANGGULANGAN WABAH COVID-19

24. Bahwa pencegahan dan pengendalian COVID-19 di fasilitas umum dalam rangka pencegahan dan pengendalian COVID-19 dilakukan dengan:

- 1) Pencegahan penularan pada individu:
 - a. Menggunakan alat pelindung diri berupa masker yang menutupi hidung dan mulut hingga dagu, jika harus keluar rumah atau berinteraksi dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya (yang mungkin dapat menularkan COVID-19);
 - b. Membersihkan tangan secara teratur dengan cuci tangan pakai sabun dengan air mengalir atau menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol/handsanitizer;
 - c. Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang bicara, batuk, atau bersin, serta menghindari kerumunan, keramaian, dan berdesakan;
 - d. Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang bicara, batuk, atau bersin, serta menghindari kerumunan, keramaian, dan berdesakan.

2) Perlindungan kesehatan pada masyarakat:

Perlindungan kesehatan pada masyarakat dilakukan di fasilitas umum yang dilakukan oleh pengelola, penyelenggara, atau penanggungjawab tempat atau fasilitas umum dengan menerapkan unsur:

- a. Pencegahan (*prevent*);
- b. Penemuan kasus (*detect*);
- c. Penanganan secara cepat dan efektif (*respond*).

25. Pemerintah Pusat secara konsisten telah melakukan penguatan dalam Percepatan penanganan COVID-19 yang dilakukan melalui strategi:

- (1) Koordinasi, perencanaan dan monitoring;
- (2) komunikasi risiko dan pemberdayaan Masyarakat
- (3) Surveilans, Tim Gerak Cepat (TGC), Analisis Risiko, Penyelidikan Epidemiologi;
- (4) Pintu Masuk negara/ Wilayah, Perjalanan Internasional dan transportasi
- (5) Laboratorium;
- (6) Pengendalian Infeksi;
- (7) Manajemen Kasus;
- (8) Dukungan Operasional dan Logistik;
- (9) Keberlangsungan pelayanan dan sistem esensial dan memperhatikan kondisi transmisi di komunitas atau kondisi kapasitas terbatas dan kondisi yang memerlukan bantuan kemanusiaan.

26. Bahwa selain strategi tersebut, Pemerintah Pusat membuat kebijakan dalam dalam mengatasi pandemi COVID-19, yaitu sebagai berikut:

- 1) Penelusuran kontak (*tracing*) dari kasus positif yang dirawat dengan menggunakan PCR atau *rapid test* atau tes cepat.
- 2) Edukasi dan penyiapan isolasi secara mandiri pada sebagian hasil *tracing* yang menunjukkan hasil tes positif dari *rapid test* atau negatif dengan gejala untuk melakukan isolasi mandiri.
- 3) Menambah fasilitas untuk melakukan isolasi.

ALOKASI ANGGARAN PENANGANAN COVID-19 BIDANG KESEHATAN DAN
REALISASI PEMBERIAN INSENTIF DAN SANTUNAN KEMATIAN BAGI
TENAGA KESEHATAN YANG MENANGANI COVID-19 SERTA
PENDISTRIBUSIAN KEBUTUHAN LOGISTIK KESEHATAN

27. Bahwa Negara dalam penanganan Covid-19 di **Bidang Kesehatan** telah menyediakan anggaran untuk tahun 2020 sebesar **Rp87,55 Triliun** dengan rincian:

- a. **Sebesar Rp.75 T untuk Tambahan Belanja Stimulus,**
- b. **Sebesar Rp 9,05T untuk Insentif Perpajakan,**
- c. **Sebesar Rp 3,5T untuk gugus tugas Covid 19 (BNPB),**

28. Pendanaan untuk pemberian insentif dan santunan kematian untuk tenaga kesehatan yang menangani pasien COVID-19 diutamakan bersumber dari *refocussing* kegiatan/realokasi anggaran tahun 2020 yang dilakukan dengan:

- a. Beban anggaran untuk kegiatan yang menjadi kewenangan pemerintah pusat dialokasikan melalui Kementerian Kesehatan
- b. Beban anggaran untuk kegiatan yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah dialokasikan melalui pengalihan penggunaan dana transfer khusus bidang kesehatan dan/atau APBD

29. Bahwa upaya yang telah dilakukan Pemerintah terkait dengan **pemberian Insentif** bagi tenaga kesehatan yang menangani COVID-19 adalah sebagai berikut:

- a. Jumlah dana yang disetujui sampai Mei 2020 (update data tanggal 06 Agustus 2020) adalah sebesar Rp716.673.933.915,- (tujuh ratus enam belas milyar enam ratus tujuh puluh tiga juta sembilan ratus tiga puluh tiga ribu sembilan ratus lima belas rupiah) dengan rincian sebagai berikut:

1) Rumah sakit	:Rp.409.045.228.981,-
2) KKP	:Rp. 14.121.749.993,-
3) BBLK/BTKL/LAB	:Rp. 6.471.417.098,-
4) Relawan	:Rp. 4.172.500.000,-
5) RSUD	:Rp. 103.006.340.884,-

- 6) Dinkes :Rp. 5.506.695.79,-
- 7) Puskesmas :Rp. 174.350.001.168,-
- b. Jumlah dana yang disetujui sampai Juli 2020 (update data tanggal 06 Agustus 2020) adalah sebesar Rp.489.750.542.517,- (empat ratus delapan puluh sembilan milyar tujuh ratus lima puluh juta lima ratus empat puluh dua ribu lima ratus tujuh belas rupiah) dengan rincian sebagai berikut:
- 1) Insentif bulan Maret s.d Mei 2020 : Rp433.810.896.072,-
- 2) Relawan RSDC Juni s.d Juli 2020 : Rp 13.920.097.402,-
- 3) Insentif Nakes RS Vertikal : Rp 42.019.549.043,-
bulan Juni s.d. Juli 2020
- c. Fasyankes yang mengusulkan dan terverifikasi (update data tanggal 06 Agustus 2020) dengan rincian sebagai berikut:

No	Fasyankes Yang Mengusulkan	Jumlah	Terverifikasi
1	Rumah Sakit	471	455
2	RSUD	198	162
3	Dinkes Prov/Kab/Kota	177	129
4	Puskesmas	3.453	3.344
TOTAL		4.299	4.090

- d. Rumah sakit yang mengusulkan dan terverifikasi (update data tanggal 06 Agustus 2020) dengan rincian sebagai berikut:

No	RS Yang Mengusulkan	Jumlah	Terverifikasi	Belum terverifikasi
1	Vertikal	31	30	1
2	TNI Polri	75	75	0
3	Swasta	334	319	15
4	RS Khusus COVID19	4	4	0
5	Kementerian lain	12	12	0
6	BUMN	15	15	0
TOTAL		471	455	16

- e. Tenaga Kesehatan yang disetujui untuk dibayarkan dan yang sudah terbayarkan (update data tanggal 06 Agustus 2020) dengan rincian sebagai berikut:

No	Jumlah Tenaga Kesehatan yang Menerima			
	Berdasarkan alokasi anggaran	Target jumlah Nakes per bulan	Jumlah Nakes Semua Bulan (3 bulan)	Jumlah Nakes by Name
1	Pusat	78.472	153.862	66.081
2	Daerah	653.985	85.238	37.000
	TOTAL	732.457	239.100	103.081

30. Bahwa upaya yang telah dilakukan Pemerintah terkait dengan pemberian **santunan kematian** bagi tenaga kesehatan yang menangani COVID-19 adalah menyediakan alokasi anggaran sebesar Rp60.000.000.000,- (enam puluh milyar rupiah), yang mana sampai dengan tanggal 6 Agustus 2020 telah direalisasikan kepada 68 (enam puluh delapan) orang tenaga kesehatan dengan nominal Rp20.400.000.000,- (dua puluh milyar empat ratus juta rupiah) atau 34% dari alokasi anggaran.
31. Bahwa Pemerintah telah melakukan **pemenuhan kebutuhan logistik kesehatan** untuk penanggulangan COVID-19 dengan melakukan perencanaan jumlah kebutuhan logistik Alat Pelindung Diri (APD), penerimaan donasi APD dan logistik kesehatan lain (masker bedah, masker N95, goggle, hand sanitizer, *face shield*, sarung tangan steril dan non steril, rapid test), pengadaan logistik APD Coverall, penyimpanan logistik dan mendistribusikan logistik ke 34 Provinsi, terdiri dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, BNPB, BPBD Provinsi dan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Vertikal, Rumah Sakit Provinsi dan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Darurat (Wisma Atlet, RS Khusus Covid-19 Pulau Galang), Rumah Sakit Swasta, RS TNI, RS POLRI, Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP), Organisasi Non Pemerintah dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM).
32. **Rekapitulasi stok dan distribusi kebutuhan logistik kesehatan kepada 34 provinsi di Indonesia sampai dengan tanggal 7 Agustus 2020:**

No	Logistik	Jumlah masuk (pcs)	Jumlah distribusi (pcs)	Jumlah stok (pcs)
1	Amplification Reagen Kit	21.600	19.680	1.920
2	APD	4.889.808	4.742.311	147.497
3	Biomedal Freezer	2	-	2
4	Bouffant Caps	56.075	56.075	-
5	Breathcare PAP	100	-	100
6	Consumable Reagent	225	205	20

7	Control Kit	21.696	19.680	2.016
8	Cotton Swab/Dacron	103.970	99.462	4.508
9	Cotton Swab (DSP)	199.400	199.400	-
10	CPAP Gudang Puskris	50	49	-
11	CPAP (Stellar 150)	200	-	200
12	CRRT & Blood Warmer	1	1	-
13	Deep Freezer	6	-	-
14	Face Shield	112.256	73.421	38.835
15	Handskoone Non Steril	1.413.600	1.308.900	104.700
16	Handskoone Steril	65.734	32.285	33.449
17	Hazmat Set	15.000	11.100	3.900
18	Incinerator	1	-	-
19	Goggles	72.455	42.095	30.360
20	Lab Chip Rubber	3.575	-	3.575
21	Masker Bedah	24.101.974	23.034.369	1.067.605
22	Masker N95	1.396.795	548.320	848.475
23	Masker Kain (DSP)	300.000	300.000	-
24	Medical Gloves	1.061.580	990.800	70.780
25	Mesin PCR – DSP	15	15	-
26	Mesin PCR	4	4	-
27	Mesin RNA (DSP)	6	6	-
28	Rapid Test Antigen/PCR Antigen – DSP	250.000	230.500	19.500
29	Rapid Test Antigen/PCR Antigen – Non DSP	500	-	500
30	PCR Kit – Genexpert	10.000	9.400	600
31	Portable Incinerator	1	-	-
32	Portable Ventilator	413	189	224
33	Portable Ventilator (Astral 150)	70	-	70
34	Rapid Test (DSP)	2.000	2.000	-
35	Rapid Test (Non DSP)	1.162.001	1.160.150	1.850
36	Reagen PCR – DSP	1.989.872	1.674.264	315.608
37	Reagen PCR	350.296	305.376	44.920
38	Reagen RNA -DSP	2.048.984	1.709.334	339.650
39	Reagen RNA	142.752	129.020	13.732
40	Sepatu Boot	7.715	520	7.195
41	Shoe Cover	35.065	6.225	28.840
42	Throat Swabs	50.016	50.016	-
43	RNA ABBOTT	225	205	20
44	Tube RNA(Non DSP)	100.800	59.600	41.200
45	VPAP (LUMIS500)	50	-	50
46	VTM /UTM – DSP	2.070.400	1.614.550	455.850

47	VTM /UTM	142.852	140.924	1.928
----	----------	---------	---------	-------

33. Bahwa upaya yang telah dilakukan Pemerintah terkait dengan penyediaan sumber daya kekarantinaan kesehatan dalam penanganan COVID-19 tersebut, rinciannya akan dilampirkan dalam alat bukti Pemerintah.

TANGGAPAN PEMERINTAH TERHADAP DALIL-DALIL PARA PEMOHON

34. Bahwa dibentuknya UU Wabah Penyakit Menular dan UU tentang Kekarantinaan Kesehatan merupakan **pelaksanaan ketentuan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945**.
35. Bahwa terhadap dalil para Pemohon yang menyatakan ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular sepanjang kata “dapat” tidak memberikan kepastian hukum karena tidak “mewajibkan” pemerintah untuk memenuhi kebutuhan bagi para tenaga medis, tenaga kesehatan dan pegawai fasilitas kesehatan yang melawan pandemi COVID-19. Kata “dapat” hanya memberikan alternatif sehingga bertentangan dengan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945, maka menurut Pemerintah dalil tersebut **sangat keliru**, karena pemberian penghargaan sifatnya bukan “wajib” melainkan “dapat”. Hal tersebut merupakan pilihan hukum (*open legal policy*) yang bersifat khusus atau tertentu yang hanya dapat diberikan kepada para **petugas tertentu** yang melaksanakan **upaya penanggulangan wabah**.
36. Bahwa kata “dapat” di dalam Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular, semestinya ditafsirkan secara gramatikal sebagai wujud kehendak dari pembentuk undang-undang, bukan penafsiran secara *a contrario* sebagaimana yang dikehendaki oleh para Pemohon. Hal ini terbukti berdasarkan Penjelasan Pasal 9 ayat (1) *a quo*, yang menitikberatkan kepada maksud dari petugas tertentu dalam pasal tersebut, sedangkan terkait dengan dengan penghargaan dinyatakan bahwa penghargaan yang diberikan dapat berupa materi dan/atau bentuk lain.

37. Bahwa pemberian penghargaan bukan merupakan maksud dan tujuan utama dari UU Wabah Penyakit Menular, karena maksud dan tujuan UU Wabah Penyakit Menular sebagaimana dinyatakan pada Pasal 2 adalah untuk melindungi penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan wabah sedini mungkin, dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, sehingga maksud dan tujuan tersebut yang merupakan kewajiban konstitusional bagi Pemerintah. Selanjutnya di dalam Pasal 29 ayat (1) dan ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular, maupun di dalam Penjelasan nya tetap mempertahankan kata “dapat” oleh karena itu sudah semestinya kata “dapat” merupakan original intent yang tidak bisa dimaknai sebaliknya.
38. Bahwa tanpa adanya norma “wajib” pemerintah telah mengeluarkan kebijakan mengenai insentif dan santunan kematian sebagaimana telah diuraikan di atas, sehingga terhadap dalil Para Pemohon tersebut menjadi tidak beralasan. Pemerintah telah melaksanakan tanggung jawabnya dalam upaya untuk memberikan perlindungan bagi rakyat termasuk tenaga kesehatan dalam upaya penanganan wabah COVID-19.
39. Bahwa terkait dalil para Pemohon tersebut, bukanlah persoalan inkonstitusionalitas norma (pertentangan antara UU dengan UUD 1945) melainkan **persoalan implementasi**. Tidak ada kerugian dari Para Pemohon dengan diaturnya Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular, justru dengan adanya ketentuan tersebut, maka Para Pemohon memperoleh kesempatan untuk mendapatkan **penghargaan** atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya. Sekiranya Para Pemohon merasa dirugikan oleh karena ketentuan aquo, maka justru menimbulkan ketidakjelasan yaitu dalam konteks apa Para Pemohon merasa dirugikan, apakah karena tidak mendapatkan penghargaan ataukah karena tidak ada kesempatan untuk mendapatkan penghargaan? Terkait pemberian penghargaan, tentunya tidak dapat dimaknai bahwa pemberian penghargaan tersebut menjadi kewajiban, karena hal tersebut apabila dimaknai demikian maka tidak sesuai dengan makna penghargaan (*reward*) itu sendiri yang bersifat khusus hanya dapat

diberikan kepada para **petugas tertentu** yang melaksanakan **upaya penanggulangan wabah**.

40. Bahwa terkait dengan dalil para Pemohon yang meminta agar frasa “ketersediaan sumber daya yang diperlukan” pada Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan dinyatakan bertentangan dengan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat, sepanjang tidak dimaknai termasuk juga ketersediaan APD, Insentif bagi tenaga medis, santunan bagi keluarga tenaga medis, dan Sumber daya pemeriksaan penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan masyarakat. Pemerintah berpendapat bahwa petitum tersebut berasal dari penafsiran restriktif dari para Pemohon terhadap pasal *aquo* yang mana justru mereduksi, mempersempit, dan menimbulkan potensi tumpang tindih dengan makna dari “sumber daya keekarantinaan Kesehatan” yang sudah diatur sedemikian rupa dan terperinci pada Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 UU Keekarantinaan Kesehatan, yang menyatakan sebagai berikut:

- Pasal 71:

Sumber daya dalam penyelenggaraan Keekarantinaan Kesehatan meliputi:

- a. fasilitas dan perbekalan Keekarantinaan Kesehatan;
- b. Pejabat Karantina Kesehatan;
- c. penelitian dan pengembangan; dan
- d. pendanaan.

- Pasal 72:

Ayat (1) Fasilitas dalam penyelenggaraan Keekarantinaan Kesehatan meliputi:

- a. peralatan deteksi dan respons cepat;
- b. ruang wawancara atau observasi;
- c. ruang diagnosis;
- d. asrama karantina kesehatan;
- e. ruang isolasi;
- f. rumah sakit rujukan;
- g. laboratorium rujukan; dan
- h. transportasi evakuasi penyakit Kedaruratan Kesehatan Masyarakat.

Ayat (2) Fasilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selain berfungsi dalam penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan juga sebagai sarana pendidikan dan pelatihan serta pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi Kejarantinaan Kesehatan.

Ayat (3) **Perbekalan Kejarantinaan Kesehatan meliputi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan lainnya yang diperlukan.**

- Pasal 73:

Pejabat Karantina Kesehatan merupakan pejabat fungsional di bidang kesehatan yang memiliki kompetensi dan kualifikasi di bidang Kejarantinaan Kesehatan serta ditugaskan di instansi Kejarantinaan Kesehatan di Pintu Masuk dan di wilayah.

- Pasal 74:

Perekrutan Pejabat penyelenggaraan Karantina Kesehatan dalam Kejarantinaan Kesehatan diselenggarakan melalui pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat.

- Pasal 75:

Ayat (1) Pemerintah Pusat mengatur penempatan Pejabat Karantina Kesehatan di Pintu Masuk dalam rangka penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan.

Ayat (2) Pemerintah Daerah mengatur penempatan Pejabat Karantina Kesehatan di wilayah dalam rangka penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan.

Ayat (3) Dalam menyelenggarakan Kejarantinaan Kesehatan, Pejabat Karantina Kesehatan berwenang:

- a. melakukan tindakan Kejarantinaan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2);
- b. menetapkan tindakan Kejarantinaan Kesehatan;
- c. menerbitkan surat rekomendasi deportasi atau penundaan keberangkatan kepada instansi yang berwenang; dan
- d. menerbitkan surat rekomendasi kepada pejabat yang berwenang untuk menetapkan karantina di wilayah.

Ayat (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

- Pasal 76:

Ayat (1) Pejabat Karantina Kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berhak mendapatkan:

- a. perlindungan hukum;
- b. perlindungan kesehatan dari risiko kerusakan organ; dan
- c. keselamatan jiwa.

Ayat (2) Setiap Pejabat Karantina Kesehatan yang melakukan kelalaian dalam melaksanakan tugasnya dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ayat (3) Setiap Pejabat Karantina Kesehatan berhak mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sepanjang sesuai dengan standar prosedur operasional dan ketentuan peraturan perundangundangan.

- Pasal 77:

Ayat (1) Penelitian dan pengembangan dilaksanakan untuk menapis dan menetapkan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna yang dipergunakan dalam rangka penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan.

Ayat (2) Penelitian dan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan masyarakat.

Ayat (3) Ketentuan mengenai penelitian dan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

- Pasal 78:

Ayat (1) Pendanaan kegiatan penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, dan/atau masyarakat.

Ayat (2) Pendanaan kegiatan penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan di Pintu Masuk pada Alat Angkut di luar situasi Kedaruratan

Kesehatan Masyarakat yang meresahkan dunia dibebankan pada pemilik Alat Angkut.

Ayat (3) Pendanaan mengenai pelaksanaan Tindakan penyehatan yang dimohonkan pengelola Alat Angkut menjadi tanggung jawab Pemohon dan merupakan penerimaan negara.

41. Bahwa dalil para Pemohon pada halaman 13 angka 2 yang menyatakan bahwa penularan COVID-19 mengharuskan adanya suatu **pemenuhan fasilitas kesehatan** bagi tenaga kesehatan terutama APD, menunjukkan bahwa para Pemohon telah keliru memahami APD sebagai bagian dari fasilitas kesehatan yang harus dipenuhi Pemerintah. **Padahal APD merupakan alat kesehatan** yang menjadi bagian dari perbekalan kekarantinaan kesehatan sebagaimana dimaksud Pasal 72 ayat (3) UU Keekarantinaan Kesehatan yang menyatakan bahwa **perbekalan Keekarantinaan Kesehatan meliputi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan lainnya yang diperlukan**. Bahwa Pasal 72 ayat (3) tersebut secara otomatis juga membantah dalil para Pemohon yang menyatakan Pemerintah tidak menyediakan regulasi penyediaan APD (vide Permohonan halaman 13 angka 3) dan dalil yang menyatakan bahwa penjelasan mengenai apa yang disebut sebagai sumber daya Keekarantinaan Kesehatan tidak ada dalam pasal tersebut (vide Permohonan halaman 13 sampai dengan halaman 14 angka 5). Oleh karena itu, pemaknaan dari “ketersediaan sumber daya yang diperlukan” pada Pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan yang dimohonkan *a quo* secara faktual sudah termasuk APD di dalamnya, sehingga terbukti bahwa dalil para Pemohon yang menyatakan Pasal 6 *a quo* inkonstitusional sepanjang tidak dimaknai termasuk juga APD bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan, bukan merupakan persoalan inkonstitusionalitas norma melainkan kekeliruan para Pemohon dalam memahami norma yang dimohonkan.
42. Berdasarkan uraian di atas, maka pasal 6 UU Keekarantinaan Kesehatan yang dimohonkan *a quo*, seharusnya ditafsirkan secara sistematis bukan secara restriktif sebagaimana dalil para Pemohon, karena pasal *a quo* tidak berdiri sendiri melainkan sangat berhubungan dengan pasal-pasal

lainnya terutama Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 UU Keekarantinaan Kesehatan.

VI. PETITUM

Berdasarkan penjelasan dan argumentasi tersebut di atas, Pemerintah memohon kepada Yang Mulia Ketua/Majelis Hakim Konstitusi Republik Indonesia, dapat memberikan putusan sebagai berikut:

Dalam Provisi:

Menolak Permohonan Provisi para Pemohon untuk seluruhnya;

Dalam Pokok Permohonan:

1. Menerima keterangan Presiden secara keseluruhan;
2. Menyatakan para Pemohon tidak mempunyai kedudukan hukum (*legal standing*);
3. Menolak permohonan pengujian para Pemohon untuk seluruhnya atau setidaknya menyatakan permohonan pengujian para Pemohon tidak dapat diterima (*niet ontvankelijk verklaard*);
4. Menyatakan ketentuan Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan Pasal 6 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Karantina Kesehatan **tidak bertentangan** dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Keterangan tambahan yang merupakan tanggapan atas pertanyaan Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi pada persidangan tanggal 11 Agustus 2020, yang pada pokoknya sebagai berikut:

Pertanyaan dari Yang Mulia Hakim Anggota ENNY NURBANINGSIH

1. Apakah esensi dalam UU No 4 Tahun 1984 mencakup persoalan **pandemik dan epidemik**? Mencakup persoalan **Penularan hewan ke orang dan orang ke orang**?
2. **Jelaskan mengenai kebijakan mengenai pemberian ganti kerugian sebagaimana Pasal 8 UU No 4 Tahun 1984 yang secara faktual dihadapi?**
3. **Apakah pemberian insentif didasarkan pada UU No. 4 Tahun 1984 ataukah pada Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020?**
4. Apakah sudah ada regulasi tentang insentif bagi tenaga medis lainnya yang terpapar Covid-19?

Tanggapan Pemerintah terhadap Pertanyaan tersebut, sebagai berikut:

1. Bahwa terkait dengan pertanyaan apakah esensi dalam UU Nomor 4 Tahun 1984 mencakup persoalan pandemik dan epidemik? Mencakup persoalan Penularan hewan ke orang dan orang ke orang?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

UU Wabah Penyakit Menular secara eksplisit tidak menyebutkan tentang epidemi ataupun pandemi. Epidemi dan pandemi adalah kondisi yang ditetapkan berdasarkan tindakan penyelidikan epidemiologi, secara substansi UU *a quo* sudah **mencakup pengaturan upaya penanggulangan wabah pada kondisi terjadinya epidemi maupun pandemi.**

Bahwa dalam UU Wabah Penyakit Menular **sudah diatur mengenai penyakit menular pada manusia yang bersumber dari manusia, hewan, tumbuhan, dan benda-benda yang mengandung dan/atau tercemar bibit penyakit,** serta keadaan yang dapat menimbulkan wabah sebagaimana dimaksud Pasal 1 huruf b UU Wabah Penyakit Menular, selanjutnya Penjelasan Pasal 1 huruf a menyatakan yang dimaksud dengan penyakit menular dalam Undang-Undang ini adalah penyakit menular pada manusia. Karena penyakit dapat berjangkit dari hewan kepada manusia atau sebaliknya ("zoonosa"), dengan jumlah penderitanya yang meningkat secara nyata melebihi dari keadaan yang lazim.

Berjangkitnya penyakit menular dalam masyarakat atau wilayah sangat bervariasi sesuai dengan penyebab penyakit serta jumlah dan golongan penduduk yang terancam. Pada umumnya jumlah penderita penyakit menular di suatu wilayah diamati dalam satuan waktu tertentu (mingguan, empat mingguan, atau tahunan). Apabila jumlah penderita suatu penyakit menular meningkat melebihi keadaan yang lazim di suatu wilayah, dan dapat menimbulkan malapetaka, maka keadaan ini dapat dianggap sebagai suatu wabah. Dengan demikian adanya penyakit baru yang belum diketahui sebelumnya di suatu wilayah memerlukan laporan yang secepatnya disertai dengan penyelidikan epidemiologis.

2. Bahwa terkait dengan pertanyaan mengenai kebijakan pemberian ganti kerugian sebagaimana Pasal 8 UU Nomor 4 Tahun 1984 yang secara faktual dihadapi?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Bahwa terkait dengan ganti kerugian dalam upaya penanggulangan wabah sebagaimana diatur dalam Pasal 8 UU Wabah Penyakit Menular *juncto* Pasal 28 PP 40 Tahun 1991, **penggantian kerugian** kepada mereka yang mengalami kerugian harta benda yang diakibatkan oleh upaya penanggulangan wabah. **Harta benda yang diduga menjadi sumber penyakit dan dapat menyebarkan wabah dapat dimusnahkan** dengan diberikan ganti rugi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan, sebagai contoh pada saat terjadinya wabah flu burung dilakukan pemusnahan ternak unggas milik masyarakat.

Ganti kerugian sebagaimana dimaksud Pasal 8 UU Wabah Penyakit Menular *juncto* Pasal 28 PP 40 Tahun 1991 **tidak terkait** dengan ketentuan mengenai **pemberian penghargaan bagi petugas tertentu** yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah sebagaimana dimaksud Pasal 9 UU Wabah Penyakit Menular jo. Pasal 29 PP 40 Tahun 1991, yang dimohonkan pengujiannya oleh Para Pemohon.

3. Bahwa terkait dengan pertanyaan apakah pemberian insentif didasarkan pada UU No. 4 Tahun 1984 ataukah pada Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

- a. Bahwa **pemberian insentif bagi tenaga kesehatan yang khusus menangani Covid-19** didasarkan pada ketentuan Pasal 9 ayat (2) UU Wabah Penyakit Menular, *juncto* Pasal 29 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (PP 40/1991), *juncto* Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/ 278/2020 tanggal 27 April 2020 tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan Yang Menangani *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* *juncto* Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/ 392/2020 tanggal 30 Juni 2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* *juncto* Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/447/2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* **dan bukan didasarkan** pada UU Nomor 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah

Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) dan/atau Dalam rangka Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang (UU 2/2020).

- b. Selanjutnya, dapat kami sampaikan bahwa pada Bagian “Meningat” dalam peraturan perundang-undangan tersebut di atas, khususnya dalam Keputusan Menteri Kesehatan tentang pemberian insentif, mencantumkan dasar hukum berupa UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan. **Maria Farida Indrati S.** dalam bukunya berjudul Ilmu Perundang-Undangan: Proses dan Teknik Pembentukannya, menjelaskan bahwa “Meningat” atau dikenal sebagai dasar hukum merupakan suatu landasan yang bersifat yuridis bagi pembentukan peraturan perundang-undangan tersebut.

Dasar hukum tersebut memuat:

- a. Dasar kewenangan pembentukan Peraturan Perundang-undangan; dan
 b. Peraturan Perundang-undangan yang memerintahkan pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Dengan disebutkannya UU Wabah Penyakit Menular dan UU Keekarantinaan Kesehatan sebagai dasar hukum, maka Pemerintah berpendapat bahwa pemberian insentif didasarkan pada UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan juga UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan dan bukan pada UU Nomor 2 Tahun 2020.

4. Bahwa terkait dengan pertanyaan apakah sudah ada regulasi tentang insentif bagi tenaga medis lainnya yang terpapar COVID-19?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Bahwa Keterangan Presiden halaman 11 sampai dengan halaman 15 telah menguraikan mengenai regulasi pemberian insentif bagi pihak-pihak yang menangani Covid-19, termasuk tenaga medis lainnya. Terkait dengan non-tenaga kesehatan seperti cleaning service, pemulasar jenazah, dan supir ambulans, belum ada regulasi yang mengatur tentang pemberian insentif tersebut, tetapi tidak menutup kemungkinan non-nakes tersebut juga menerima

insentif tergantung kepada kebijakan masing-masing fasilitas kesehatan tempat mereka bekerja.

Pertanyaan dari Yang Mulia Hakim Anggota DANIEL YUSMIC P. FOEKH

1. Jelaskan regulasi/kebijakan yang terkait dengan keadaan darurat dan keadaan bahaya akibat epidemi dan pandemi? Apakah regulasi/kebijakan tersebut mencakup persoalan pandemi dan epidemi?
2. Jelaskan perbedaan pandemi dan epidemi!
3. Undang-Undang Wabah Penyakit Menular dikeluarkan sebelum amandemen UUD 1945 artinya masih didasarkan UUD 1945 sebelumnya, jelaskan maksud Undang-Undang Wabah Penyakit Menular melaksanakan ketentuan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar 1945? Apakah substansi Undang-Undang Wabah Penyakit Menular sudah ketinggalan dan tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan hukum?
4. Apakah Peraturan Pemerintah tahun 2020 yang dikeluarkan untuk melaksanakan Undang-Undang Karantina Kesehatan ataukah melaksanakan Perppu Nomor 1 Tahun 2020 yang kemudian menjadi undang-undang?
5. Apakah dengan adanya pengalokasi sejumlah triliun rupiah untuk penanganan covid 19 dapat ditafsir kan makna Pasal 9 ayat (1) UU Wabah menjadi "kewajiban"?
6. Apakah pengalokasian anggaran untuk penanganan covid-19 adalah dalam rangka melaksanakan Undang-Undang Karantina Kesehatan ataukah justru untuk melaksanakan undang-undang yang semula berasal dari Perppu?

Tanggapan Pemerintah terhadap Pertanyaan tersebut, sebagai berikut:

1. Bahwa terkait dengan pertanyaan penjelasan regulasi/kebijakan yang terkait dengan keadaan darurat dan keadaan bahaya akibat epidemi dan pandemi? Apakah regulasi/kebijakan tersebut mencakup persoalan pandemi dan epidemi?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Terkait beberapa regulasi atau kebijakan dalam keadaan kedaruratan khususnya dalam penanggulangan wabah COVID-19 sudah diuraikan oleh Pemerintah dalam Keterangan Presiden halaman 9 sampai dengan halaman 10. Regulasi tersebut sudah mencakup persoalan epidemi dan pandemi sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya pada tanggapan Pemerintah

atas pertanyaan nomor 1 dari Yang Mulia Hakim Anggota ENNY NURBANINGSIH.

2. Bahwa terkait dengan pertanyaan mengenai perbedaan pandemi dan epidemi?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Epidemi dan pandemi merupakan bagian dari ilmu epidemiologi. Ilmu epidemiologi adalah ilmu tentang frekuensi, distribusi, penyebaran, dan faktor penentu (determinan) masalah kesehatan dalam masyarakat yang bertujuan untuk penanggulangan masalah kesehatan.

Epidemi (dari bahasa Yunani *epi-* pada + *demos* rakyat) adalah penyakit yang timbul sebagai kasus baru pada suatu populasi tertentu manusia, dalam suatu periode waktu tertentu, dengan laju yang melampaui laju "ekspektasi" (dugaan), yang didasarkan pada pengalaman mutakhir. Dengan kata lain, epidemi adalah wabah yang terjadi secara lebih cepat daripada yang diduga. Jumlah kasus baru penyakit di dalam suatu populasi dalam periode waktu tertentu disebut *incidence rate* (laju timbulnya penyakit).

Pandemi menurut World Health Organization adalah wabah penyakit yang terjadi pada geografis yang luas atau menyebar secara global, pandemi tidak ada hubungannya dengan tingkat keparahan penyakit, jumlah korban atau infeksi, namun pada penyebaran geografisnya. Pandemi mengacu pada epidemi yang telah menyebar di beberapa negara atau benua, biasanya mempengaruhi sejumlah besar orang.

3. Bahwa terkait dengan pertanyaan bahwa Undang-Undang Wabah Penyakit Menular dikeluarkan sebelum amandemen UUD 1945 artinya masih didasarkan UUD 1945 sebelumnya, jelaskan maksud Undang-Undang Wabah Penyakit Menular melaksanakan ketentuan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar 1945? Apakah substansi Undang-Undang Wabah Penyakit Menular sudah ketinggalan dan tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan hukum?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Bahwa UU Wabah Penyakit Menular disahkannya pada tanggal 22 Juni 1984. Walaupun pengesahan UU Wabah Penyakit Menular didasarkan pada UUD 1945 (sebelum perubahan), akan tetapi **UU Wabah Penyakit Menular**

melaksanakan nilai-nilai alinea keempat Pembukaan UUD 1945 dan ketentuan Pasal 28D ayat (1), Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar 1945. Maksud dan tujuan dari UU Wabah Penyakit Menular adalah untuk memberikan jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum kepada penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan wabah sedini mungkin, melalui upaya penanggulangan wabah. Salah satu kegiatan upaya penanggulangan wabah, yaitu pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan isolasi penderita termasuk tindakan karantina yang semuanya harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Terkait pertanyaan mengenai apakah Peraturan Pemerintah tahun 2020 yang dikeluarkan, untuk melaksanakan Undang-Undang Karantina Kesehatan ataukah untuk melaksanakan Perppu Nomor 1 Tahun 2020 yang kemudian menjadi undang-undang?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Tanggapan Pemerintah senada dengan tanggapan atas pertanyaan Nomor 3 dari Yang Mulia Hakim Anggota ENNY NURBANINGSIH di atas, yaitu bahwa berkenaan dengan adanya pandemi Covid 19, Pemerintah telah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19), pada Bagian "Mengingat" dalam Peraturan Pemerintah tersebut, juga terdapat pencantuman UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular dan UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan sebagai dasar hukum pembentukan Peraturan Pemerintah dimaksud.

Dengan disebutkannya UU Wabah Penyakit Menular dan UU Keekarantinaan Kesehatan sebagai dasar hukum, maka menurut Pemerintah, Peraturan Pemerintah Nomor 21 tahun 2020 adalah pelaksanaan atau peraturan perundang-undangan yang diperintahkan pembentukannya oleh UU Wabah Penyakit Menular dan UU Keekarantinaan Kesehatan.

Sedangkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Program Pemulihan Ekonomi Nasional Dalam Rangka Mendukung Kebijakan Keuangan Negara Untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Dan/Atau Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional Dan/Atau Stabilitas Sistem Keuangan Serta

Penyelamatan Ekonomi Nasional, merupakan pelaksanaan dari Perppu Nomor 1 Tahun 2020 yang sudah ditetapkan menjadi UU Nomor 2 Tahun 2020.

5. Bahwa terkait dengan pertanyaan apakah dengan adanya pengalokasi sejumlah triliun rupiah untuk penanganan COVID-19 dapat ditafsirkan makna Pasal 9 ayat (1) UU Wabah menjadi “kewajiban”?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Bahwa pengalokasian sejumlah besar dana untuk penanganan COVID-19, Pemerintah berpendapat tidak dapat ditafsirkan sebagai kewajiban Pemerintah dalam memberikan penghargaan sebagaimana dimaksud ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular, melainkan salah satu bentuk tanggung jawab atau penghargaan Pemerintah terhadap tenaga kesehatan tertentu yang telah mengambil bagian dalam upaya melaksanakan penanggulangan wabah.

6. Terkait dengan pertanyaan apakah pengalokasian anggaran untuk penanganan COVID-19 hal itu dalam rangka melaksanakan Undang-Undang Keekarantinaan Kesehatan itu atukah untuk melaksanakan undang-undang yang semula berasal dari Perppu Nomor 1 Tahun 2020 (UU Nomor 2 Tahun 2020)?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

- a. Sesuai Pasal 1 UU Keekarantinaan Kesehatan, yang dimaksud dengan Keekarantinaan Kesehatan adalah:

“upaya mencegah dan menangkal keluar atau masuknya penyakit dan/atau faktor risiko Kesehatan masyarakat yang berpotensi menimbulkan kedaruratan Kesehatan masyarakat”.

- b. Bahwa penanggulangan terhadap pandemi Covid-19 merupakan salah satu bentuk kegiatan keekarantinaan Kesehatan, di mana sesuai Pasal 78 ayat (1) UU Keekarantinaan Kesehatan ditetapkan bahwa pendanaan kegiatan keekarantinaan kesehatan bersumber dari APBN, APBD dan Masyarakat. Oleh karena pembiayaan kegiatan bersumber pada APBN, maka pelaksanaannya harus berdasarkan pada ketentuan terkait keuangan Negara yang berlaku.
- c. Bahwa karena alokasi anggaran yang sudah ditetapkan dalam APBN Tahun Anggaran 2020, tidak mencakup alokasi anggaran untuk penanggulangan/penanganan pandemi Covid-19, sedangkan dampak pandemi Covid-19 sangat luar biasa, maka diperlukan respons kebijakan yang cepat, tepat, dan akuntabel agar penanganan Covid-19 dapat berjalan

efektif dan proses pemulihan dapat diakselerasi. Untuk itu, dalam rangka melakukan realokasi anggaran untuk penanganan Covid-19, Pemerintah perlu segera melakukan perubahan terhadap APBN Tahun Anggaran 2020, sehingga diperlukan payung hukum yang menjadi landasan dalam pengelolaan fiskal yang fleksibel, *prudent*, *sustainable*, serta akuntabel.

- d. Hal ini dilakukan Pemerintah melalui penerbitan Perppu Nomor 1 Tahun 2020 yang telah diundangkan menjadi UU Nomor 2 tahun 2020, sehingga posisi UU Nomor 2 Tahun 2020 adalah sebagai payung hukum bagi Pemerintah dalam mengambil langkah-langkah cepat dan luar biasa serta terkoordinasi untuk menghadapi Pandemi Covid-19.
- e. UU Nomor 2 Tahun 2020 yang memberikan kewenangan bagi Pemerintah untuk melakukan pergeseran anggaran antar unit organisasi, antar fungsi dan/atau antar program, yang sebelumnya telah dianggarkan dalam APBN Tahun Anggaran 2020. Pergeseran/realokasi anggaran yang dilakukan oleh Pemerintah tersebut salah satu tujuannya adalah dalam rangka melaksanakan UU Kekejarantinaan Kesehatan dan UU Wabah Penyakit Menular yaitu dalam bentuk pengadaan sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan kekejarantinaan Kesehatan dan pemberian insentif kepada tenaga kesehatan.

Dengan demikian, pengalokasian anggaran untuk penanganan pandemi Covid-19 adalah dalam rangka pelaksanaan dari UU Kekejarantinaan Kesehatan.

Pertanyaan dari Yang Mulia Hakim Anggota SUHARTOYO

1. Argumen apa yang kemudian bisa dibangun Pemerintah kalau kemudian memang wajib itu bisa dibenarkan?
2. Hal-hal apa yang bisa menjadi atau menyulitkan Pemerintah ketika itu menjadi wajib, menjadi kewajiban? Karena adanya regulasi pemberian intensif dan santunan, sesungguhnya juga merupakan jawaban atau bagian dari Pemerintah sebenarnya sudah memaknai itu menjadi bagian dari wajib.
3. Jelaskan mengenai kata “dapat” itu merupakan pilihan? Apakah ada data pendukung? yang kemudian bisa menggeser makna penghargaan tadi atau reward yang sesungguhnya itu esensinya. Pilihan yang seperti apa yang kemudian bisa menggeser bahwa ini bisa tidak wajib?
4. Pasal 72 ayat (3), itu tidak secara tegas mengatakan APD, Tapi, kemudian Pemerintah mengatakan bahwa ini sudah ter-cover di sana yang merupakan

bagian dari Pasal 72 ayat (3) itu, jelaskan mengenai hal itu apa yang yang menjadi dasarnya?

Tanggapan Pemerintah terhadap Pertanyaan tersebut, sebagai berikut:

1. Bahwa terkait dengan pertanyaan mengenai argumen apa yang kemudian bisa dibangun Pemerintah kalau kemudian memang wajib itu bisa dibenarkan?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Bahwa menurut Pemerintah, kata "dapat" dalam pemberian penghargaan dalam ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular, tidak dapat ditafsirkan menjadi kata "wajib", karena hal tersebut merupakan pilihan hukum (*open legal policy*) yang bersifat khusus atau tertentu yang hanya dapat diberikan kepada para **petugas tertentu** yang melaksanakan **upaya penanggulangan wabah**. Bahwa penggunaan kata "dapat" dalam norma pemberian penghargaan bersifat diskresioner dari kewenangan pembentuk undang-undang, sebagaimana diatur dalam lampiran II Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan.

Pengalokasian sejumlah anggaran untuk penanganan COVID-19 **tidak dapat ditafsirkan sebagai kewajiban Pemerintah dalam memberikan penghargaan** sebagaimana sudah disampaikan Pemerintah pada jawaban angka 5 dari pertanyaan Yang Mulia Hakim Anggota DANIEL YUSMIC P. FOEKH

2. Bahwa terkait dengan pertanyaan hal-hal apa yang bisa menjadi atau menyulitkan Pemerintah ketika "dapat" itu menjadi "wajib"? Karena adanya regulasi pemberian intensif dan santunan, sesungguhnya juga merupakan jawaban atau bagian dari Pemerintah sebenarnya sudah memaknai itu menjadi bagian dari wajib.

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

- a. Dalam penanganan pandemi COVID-19, Pemerintah secara simultan telah mengambil langkah-langkah antisipatif baik dalam bidang kesehatan dan juga perekonomian. Selain dalam bidang Kesehatan, Pemerintah juga berkewajiban untuk menjaga kondisi perekonomian nasional agar tidak mengakibatkan terjadinya krisis perekonomian yang dapat menimbulkan krisis sosial.

- b. Penanggulangan wabah penyakit menular tidak hanya berdampak pada sektor Kesehatan tetapi juga sektor kehidupan lainnya, sehingga dalam rangka menjaga perekonomian nasional, Pemerintah memerlukan keleluasaan ruang gerak fiskal agar dapat menyesuaikan dengan kebutuhan.
 - c. Perubahan kata “dapat” menjadi kata “wajib”, akan berdampak pada terbatasnya ruang gerak fiskal APBN. Apabila suatu saat terjadi perlambatan pertumbuhan ekonomi nasional, penurunan penerimaan negara, serta peningkatan belanja negara dan pembiayaan sebagai akibat dari adanya wabah penyakit menular, sehingga guna penanggulangannya, mengharuskan Pemerintah untuk melakukan realokasi anggaran, sebagaimana yang dilakukan saat ini, maka dengan adanya kata “wajib”, pengalokasian dalam APBN menjadi tidak fleksibel dan terfokus pada pemberian insentif karena adanya kewajiban. Padahal dalam kondisi demikian, selain aspek Kesehatan, terdapat pula aspek-aspek lain yang juga harus diperhatikan guna dapat menjaga kondisi perekonomian nasional secara luas.
 - d. Selain itu, dapat Pemerintah sampaikan bahwa dalam pemberian insentif fiskal terdapat beberapa pertimbangan, antara lain sasaran pemberian (*targeted*), waktu (*timely*), serta bersifat sementara di saat kondisi tidak normal. Berkaitan dengan pemberian insentif dalam kondisi yang tidak normal, tujuan insentif adalah untuk menormalisasi keadaan. Dengan demikian, apabila kondisi sudah kembali normal maka seyogianya insentif tersebut tidak diberikan lagi (*temporary*). Sehingga dengan demikian, penggunaan kata “dapat” relatif lebih tepat untuk menjaga agar pemberian insentif lebih terukur, sesuai kebutuhan dan efektif.
3. Bahwa terkait dengan permintaan untuk menjelaskan mengenai kata “dapat” itu merupakan pilihan? Apakah ada data pendukung? yang kemudian bisa menggeser makna penghargaan tadi atau reward yang sesungguhnya itu esensinya. Pilihan yang seperti apa yang kemudian bisa menggeser bahwa ini bisa tidak wajib?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Bahwa terkait dengan perspektif keuangan, Pemerintah telah menjelaskan sebagaimana tanggapan pada angka 2 di atas.

Bahwa selain itu, sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya, kata "dapat" dalam pemberian penghargaan dalam ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU Wabah Penyakit Menular, tidak dapat ditafsirkan menjadi kata "wajib", karena hal tersebut merupakan pilihan hukum (*open legal policy*) yang bersifat khusus atau tertentu yang hanya dapat diberikan kepada para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah.

Bahwa pemberian penghargaan bukan merupakan maksud dan tujuan utama dari UU Wabah Penyakit Menular, karena maksud dan tujuan UU Wabah Penyakit Menular sebagaimana dinyatakan pada Pasal 2 adalah untuk melindungi penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan wabah sedini mungkin, dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, sehingga maksud dan tujuan tersebut yang merupakan kewajiban konstitusional bagi Pemerintah sedangkan pemberian penghargaan merupakan pilihan.

4. Bahwa terkait dengan pertanyaan bahwa Pasal 72 ayat (3), itu tidak secara tegas mengatakan APD, Tapi, kemudian Pemerintah mengatakan bahwa ini sudah ter-cover di sana yang merupakan bagian dari Pasal 72 ayat (3) itu, jelaskan mengenai hal itu apa yang yang menjadi dasarnya?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Alat Kesehatan sebagaimana dimaksud Pasal 1 angka 5 Undang-Undang 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU 36/2009) adalah **instrumen**, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan **untuk mencegah**, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan **penyakit**, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

Berdasarkan definisi tersebut maka Alat Pelindung Diri (APD) merupakan bagian dari **alat kesehatan** karena berfungsi sebagai instrumen untuk mencegah penularan penyakit, dengan demikian menurut Pemerintah Alat Kesehatan sebagaimana dimaksud Pasal 72 ayat (3) UU Kekarantinaan Kesehatan termasuk juga APD di dalamnya.

Pertanyaan dari Yang Mulia Hakim Anggota SALDI ISRA

1. Kata dapat itu diubah menjadi wajib, **apa implikasinya** terhadap poin Keterangan Pemerintah, poin 4 di halaman 9 itu, mulai dari Undang-Undang

- Nomor 2 Tahun 2020 sampai kemudian ke keputusan menteri kesehatan nomor terakhir itu?
2. *Concern* dari Kementerian Keuangan, kalau kata dapat itu dikonstruksikan menjadi wajib itu bagaimana menjelaskannya dalam konteks hubungan antara ekonomi dengan kesehatan dengan prinsip antara rem dan gas yang selalu disampaikan oleh Presiden?
 3. Kalau misalnya kata dapat diubah menjadi wajib, apa yang terjadi dengan prinsip penanganan pandemi yang dilakukan Pemerintah hari ini?

Tanggapan Pemerintah terhadap Pertanyaan tersebut, sebagai berikut:

1. Bahwa terkait dengan pertanyaan bahwa kata dapat itu diubah menjadi wajib, apa implikasinya terhadap poin Keterangan Pemerintah, poin 4 di halaman 9 itu, mulai dari Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 sampai kemudian ke keputusan menteri kesehatan nomor terakhir itu?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Perubahan kata “dapat” menjadi “wajib” akan berimplikasi pada beberapa peraturan perundang-undangan seperti PP 40/1991 dan peraturan perundang-undangan bidang keuangan.

Bahwa uraian terkait kata “dapat” dan “wajib: tersebut telah Pemerintah jelaskan dalam tanggapan atas pertanyaan Yang Mulia Hakim Anggota SUHARTOYO tersebut diatas.

2. Bahwa terkait dengan pertanyaan bahwa kalau kata dapat itu dikonstruksikan menjadi wajib itu bagaimana menjelaskannya dalam konteks hubungan antara ekonomi dengan kesehatan dengan prinsip antara rem dan gas yang selalu disampaikan oleh Presiden?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Dalam penanganan pandemi COVID-19, Pemerintah secara simultan telah mengambil langkah-langkah antisipatif baik dalam bidang kesehatan dan juga perekonomian. Selain dalam bidang Kesehatan, Pemerintah juga berkewajiban untuk menjaga kondisi perekonomian nasional sehingga tidak mengakibatkan adanya krisis perekonomian yang dapat menimbulkan krisis sosial, sehingga tidak dapat hanya mengedepankan satu sisi dan mengabaikan sisi lainnya, dengan kata lain aspek ekonomi maupun aspek kesehatan dapat tertangani secara bersamaan.

3. Bahwa terkait dengan pertanyaan kalau misalnya kata dapat diubah menjadi wajib, apa yang terjadi dengan prinsip penanganan pandemi yang dilakukan Pemerintah hari ini?

Maka dapat Pemerintah jelaskan sebagai berikut:

Bahwa penanganan pandemi COVID-19 merupakan tanggung jawab Pemerintah. **Pemberian penghargaan bukan merupakan maksud dan tujuan utama dari UU Wabah Penyakit Menular**, karena maksud dan tujuan UU Wabah Penyakit Menular sebagaimana dinyatakan pada Pasal 2 adalah untuk melindungi penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan wabah sedini mungkin, dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, sehingga **maksud dan tujuan tersebut yang merupakan kewajiban konstitusional bagi Pemerintah** sedangkan pemberian penghargaan merupakan pilihan.

Untuk mendukung keterangannya, Presiden juga mengajukan keterangan saksi atas nama Muhammad Syahril, Trisa Wahyuni Putri, dan Retna Nurdani yang didengarkan dalam persidangan tanggal 15 September 2020, yang pada pokoknya adalah sebagai berikut:

Saksi Presiden

A. dr. Mohammad Syahril, Sp. P, MPH.

- 1) Saksi merupakan Direktur Utama Rumah Sakit Penyakit Infeksi Professor Dokter Sulianti Saroso, yang merupakan rumah sakit vertikal milik Kementerian Kesehatan.
- 2) Bahwa RSPI Sulianti Saroso berdasarkan Permenkes Nomor 51 Tahun 2019 tentang Organisasi Kesehatan Tata Kerja RSPI Sulianti Saroso mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit infeksi. RSPI menjalankan fungsinya yaitu penyusunan perencanaan anggaran, pengelolaan pelayanan medis dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit infeksi, kemudian pengelolaan pelayanan penunjang medis, kemudian penunjang nonmedis, keperawatan, pengelolaan pendidikan dan pelatihan dengan kekhususan di bidang penyakit infeksi, penelitian, pengembangan, penapisan teknologi, kemudian pengelolaan keuangan, pelaksanaan urusan hukum organisasi dan

hubungan masyarakat pelaksana kerjasama, kemudian pengelolaan system informasi, dan pemantauan pola sidang pelaporan.

- 3) Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK010.07/Menkes169/2020 tanggal 10 Maret tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi yang berjenis tertentu, maka RSPI Sulianti Saroso bertugas melakukan penatalaksanaan dugaan kasus yang berpotensi kejadian luar biasa penyakit infeksi emerging
- 4) RSPI Sulianti Saroso ini telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai salah satu rumah sakit rujukan yang menangani atau menanggulangi penyakit emerging tertentu, termasuk di sini adalah Covid-19.
- 5) Bahwa SDM di RSPI Sulianti Saroso yang menangani Covid yang langsung menangani itu ada dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, ketenagakeperawatan, dan tenaga penunjang medis. Inilah SDM yang berkaitan atau menangani secara langsung pasien-pasien yang Covid-19. Bulan April sampai dengan September RSPI telah mendapatkan tambahan tenaga relawan bersumber dari PPSDM Kementerian Kesehatan dan dari beberapa organisasi profesi. Merekalah yang kemudian diajukan untuk mendapatkan insentif tenaga kesehatan sebagaimana yang diatur dalam permenkes tadi.
- 6) Saksi bersama tim telah melakukan beberapa upaya, yang pertama adalah membentuk tim pengusulan yang melibatkan mulai dari tenaga medis, non medis dan manajemen untuk mengusulkan seluruh tenaga kesehatan termasuk relawan yang terlibat langsung di dalam penanganan. Nama-nama ini yang kemudian saksi usulkan ke PPSDM. Cara penghitungan sudah sesuai dengan pedoman yang ada dala Permenkes.
- 7) Bahwa semua insentif tenaga kesehatan yang diusulkan ke PPSDM disetujui dan dibayarkan ke tenaga kesehatan dari bulan Maret sampai dengan bulan Juni. Insentif bulan Agustus yang proses pengusulan dari RSPI Sulianti Saroso dan seluruh relawan di RSPI Sulianti Saroso mendapatkan insentif tersebut. Di Rumah Sakit Sulianti Saroso, saat ini ada 1 orang tenaga kesehatan, perawat yang meninggal pada tanggal 2 Maret yang telah mendapatkan santunan sebesar Rp300.000.000,00 pada tanggal 1 Juli dan diserahkan langsung oleh Menteri Kesehatan.

- 8) Di RSPI Sulianti Saroso ada yang disebut dengan perencanaan APD. Itu dilakukan oleh komite pencegahan dan pengendalian infeksi dikoordinasikan oleh TIM PPI. Kemudian pengadaan dan perolehan dikelola oleh PPK bersama UKPBJ dan ada Pokja donasi. Kemudian untuk logistik, dikelola oleh bagian farmasi dan logistik. Untuk distribusinya dikelola oleh bagian farmasi dan unit pelaksana pelayanan. Dan untuk pengawasan oleh Komite PPI dan KSPI. Mulai dari perencanaan termasuk anggaran yang ada, itu dikelola oleh Komite PPI, sedangkan untuk pengawasan di dalam pelaksanaan sehari-hari, PPI mempunyai unsur yang disebut dengan IPCLN yang mengawasi seluruh tenaga kesehatan yang memakai alat pelindung diri harus sesuai, baik saat memasang maupun melepas APD itu khususnya di ruang isolasi dan ruang tindakan, termasuk di ruang ICU.
- 9) Sumber anggaran atau asal dana APD, yang pertama adalah pembelian dengan anggaran APBN dan BLU Tahun 2020. Yang kedua, bantuan langsung Kementerian Kesehatan. Kemudian ada juga pemberian donator yang cukup banyak, dan terakhir ada anggaran dari transfer antarkas BLU Kementerian Keuangan.
- 10) Bahwa bagi semua pegawai yang berkaitan langsung dengan penanganan pasien Covid-19, termasuk ke zona-zona yang terinfeksi, semua APD ditanggung oleh RSPI Sulianti Saroso dan karena RSPI ini adalah rumah sakit rujukan infeksi yang sejak dulu ditetapkan pemerintah, jadi mempunyai suatu persediaan lebih awal.
- 11) Di RSPI sudah ditetapkan tiga zona, merah, orange, kuning, dan hijau. Di sini sudah ada ketentuannya kalau zona merah seperti di IGD, IGD Emergency, ICU, dan ruang isolasi, maka dia menggunakan APD lengkap. Yang kedua, zona orange. Itu daerah-daerah yang lebih ringan dibanding dengan zona merah tadi, tentu saja alat pelindung tidak selengkap APD di zona merah, kemudian, ada zona kuning, yaitu area di poliklinik, kemudian di rekam medik, dan seterusnya. Dengan demikian, alat pelindung diri di RSPI Sulianti Saroso tidak mengalami kendala atau keterbatasan, semua terpenuhi sesuai dengan kebutuhan, sesuai dengan zona-zona yang ada.

B. Trisa Wahyuni Putri

- 1) Saksi adalah Sekretaris Badan pada Sekretariat Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian

Kesehatan. Terima kasih telah memberikan kesempatan kepada saya menjadi Saksi terkait regulasi pemberian insentif bagi tenaga kesehatan yang menangani Covid-19.

- 2) Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan dan penyusunan kebijakan teknis pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pendayagunaan, peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia kesehatan. Badan PPSDM Kesehatan terdiri dari sekretariat badan, pusat perencanaan dan pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, pusat pendidikan sumber daya manusia kesehatan, pusat pelatihan sumber daya manusia kesehatan, dan pusat peningkatan mutu sumber daya manusia kesehatan.
- 3) Insentif tenaga kesehatan adalah bentuk apresiasi Pemerintah terhadap tenaga kesehatan yang bertugas dalam penanganan Covid-19 yang melakukan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan atau fasyankes dan institusi kesehatan. Sasaran pemberian insentif adalah tenaga kesehatan, baik ASN, non-ASN, maupun relawan yang menangani Covid-19, dan ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau pimpinan institusi kesehatan. Adapun pemberian insentif ini diharapkan dapat meningkatkan etos kerja dan motivasi tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan terbaik guna memperketat penanganan Pandemi Covid-19.
- 4) Selain insentif, santunan kematian bagi tenaga kesehatan yang meninggal dikarenakan terpapar Covid-19 juga diberikan. Ada yang memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan dan institusi kesehatan. Adapun besaran santunan kematian sebesar Rp300.000.000,00 diberikan kepada tenaga kesehatan yang meninggal karena terpapar Covid-19. Mengenai hal ini, diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 278 Tahun 2020, yang kemudian direvisi menjadi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/392/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani *Corona Virus Disease* 2019 atau Covid-19, yang kemudian diubah terakhir dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/447/2020 tentang Perubahan

atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/392/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Corona Virus Disease 2019 atau Covid-19. Alokasi untuk dana insentif dibagi menjadi dua, yaitu pembiayaan pusat dan pembiayaan pusat yang dilakukan transfer ke daerah.

- 5) Pembiayaan pusat dialokasikan melalui dana APBN yang diperuntukkan untuk membiayai insentif tenaga kesehatan yang bertugas dalam penanganan pasien Covid-19 yang melakukan pelayanan di fasilitas kesehatan dan institusi kesehatan, baik di fasyankes milik Pemerintah, TNI/Polri, rumah sakit swasta, KKP, Balai Teknis Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BTKLPP), dan Balai Besar Teknis Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit, Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan, laboratorium yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, Balai Besar Kesehatan bagi Masyarakat Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan. Pembiayaan daerah dialokasikan melalui alokasi BOK tambahan yang diperuntukkan untuk membiayai insentif tenaga kesehatan daerah yang melakukan pelayanan di fasyankes milik daerah dan institusi.
- 6) Untuk distribusi insentif dan santunan kematian bagi tenaga kesehatan yang menangani *Corona Virus Disease* dilaksanakan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK/01/07/Menkes/447/2020 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK/01/07/Menkes/392/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Corona Virus Disease. Kriteria tenaga kesehatan yang mendapatkan insentif dan santunan kematian adalah tenaga kesehatan yang melakukan screening, melakukan pemeriksaan spesimen, dan menangani pasien Covid-19. Adapun jenis tenaga kesehatan yang dapat diberikan insentif dan santunan kematian, meliputi dokter spesialis, residen, dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya, termasuk tenaga kesehatan, yaitu dokter residen yang terlibat dalam penanganan Covid-19 yang diusulkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tempat penugasan. Batas tertinggi besaran insentif yang diberikan kepada tenaga kesehatan sebagai berikut. Dokter spesialis sebesar Rp15.000.000,00 per orang per bulan. Residen sebesar

Rp12.000.500,00 per orang per bulan. Dokter sebesar Rp10.000.000,00 per orang per bulan termasuk dokter gigi. Perawat atau bidan sebesar Rp7.500.000,00 per orang per bulan, dan tenaga kesehatan lainnya sebesar Rp5.000.000,00 per orang per bulan. Per tanggal 13 September 2020 jumlah insentif yang sudah disetujui adalah sebesar Rp1.594.758.478.962,00 untuk anggaran dalam kendali APBN yang merupakan usulan dari rumah sakit vertikal, rumah sakit TNI-Polri, rumah sakit BUMN, rumah sakit swasta, kantor kesehatan pelabuhan, PBLK, BPKL dan laboratorium, relawan, dan residen. Sedangkan untuk anggaran dalam kendali daerah berupa BOK tambahan digunakan untuk insentif yang merupakan usulan dari rumah sakit umum daerah, dinas kesehatan dan puskesmas, serta institusi lain di daerah seperti laboratorium kesehatan daerah. Jumlah total tenaga kesehatan yang sudah disetujui untuk dibayarkan insentif adalah 746.120 tenaga kesehatan.

- 7) Terkait dengan santunan kematian. Jumlah tenaga kesehatan yang terverifikasi untuk mendapatkan santunan kematian, anggaran santunan kematian yang disiapkan Rp 60 miliar. Per tanggal 14 September 2020 jumlah dana santunan kematian yang sudah dibayarkan kepada ahli waris adalah Rp 27.900.000.000,00 atau 46,5%.

C. Retna Nurdani

- 1) Saksi adalah perawat di Rumah Sakit Siloam Kelapa Dua Tangerang.
- 2) Saksi menerangkan mengenai tugas sehari-hari di Rumah Sakit Siloam Kelapa Dua yaitu melakukan kegiatan asuhan keperawatan kepada pasien. Saksi juga bertanggung jawab merencanakan kebutuhan tenaga perawat yang akan berdinas di ruang keperawatan, baik secara jumlah maupun kompetensinya, Serta memastikan fasilitas dan peralatan siap untuk digunakan, termasuk pemeliharaan ruang perawatan. Saksi bertugas mengontrol dan memastikan konsistensi pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien, mengendalikan dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan keperawatan untuk mencapai efisiensi dan efektivitas pelayanan.
- 3) Saksi menyadari bahwa rumah sakit merupakan tempat kerja yang memiliki risiko terhadap keselamatan dan kesehatan petugas kesehatan pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit.

- 4) Dalam rangka pengelolaan pengendalian risiko yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit, saksi harus mengikuti standar prosedur operasional khususnya tentang keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit. Seperti *hand hygiene*, penggunaan alat pelindung diri (APD), menjaga kebersihan lingkungan dan lain-lain agar tercipta kondisi rumah sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman. Kami sangat bersyukur karena dalam era pandemik ini saksi yang bertugas di rumah sakit tetap sehat dan tetap terlindungi dengan APD yang telah disiapkan oleh rumah sakit yang berasal dari berbagai sumber, termasuk dari Pemerintah.
- 5) Dalam rangka meningkatkan kemampuan memberikan pelayanan kepada para pasien, saksi mengikuti pelatihan secara berkala dan khususnya dalam melayani penderita Covid-19 yang memerlukan pengetahuan dan kemampuan yang khusus. Maka pendidikan pelatihan bagi tenaga kesehatan sangat diperlukan.
- 6) Mengingat Covid-19 adalah penyakit berbahaya dengan cara penularan yang sangat cepat, maka kami juga melakukan upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan, dan pemulihan bagi tenaga kerja. Selain pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, saksi juga mengimplementasikan budaya keselamatan pasien. Perilaku hidup bersih dan sehat, serta peningkatan kesehatan baik fisik maupun mental. Saksi tetap dapat memberikan pelayanan yang baik sesuai dengan prosedur menggunakan APD dalam melayani pasien, diberikan vitamin, serta makanan tambahan secara rutin. Terlebih itu, saksi juga sangat berterima kasih untuk apresiasi dan penghargaan bagi tenaga kesehatan berupa insentif dari pemerintah dan insentif yang sudah saksi terima sebesar Rp. 15.900.000,00.

Selain itu, untuk mendukung keterangannya, Presiden mengajukan dokumen yang dilampirkan dengan keterangannya dan diberi tanda bukti T-1 sampai dengan bukti T-5 sebagai berikut:

1. Bukti T-1 : Fotokopi Surat Sekretaris Badan PPSDM Kesehatan Nomor HK.05.05/2/8686/2020 tanggal 21 September 2020 hal Penyampaian Data untuk Alat Bukti Perkara Uji Materiil di

- Mahkamah Konstitusi;
2. Bukti T-2 : Fotokopi Surat Kepala Pusat Krisis Kesehatan Nomor HK.05.05/2/1676/2020 tanggal 22 September 2020 hal Data untuk Alat Bukti Perkara Uji Materiil di Mahkamah Konstitusi;
 3. Bukti T-3 : Fotokopi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan Yang Menangani *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19);
 4. Bukti T-4 : Fotokopi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/447/2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan Yang Menangani *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19).,
 5. Bukti T-5 : Fotokopi Keputusan Menteri Keuangan Nomor 15/KM.7/2020 tentang Tata Cara Pengelolaan Dan Rincian Alokasi Dana Cadangan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tambahan Gelombang III Tahun Anggaran 2020;

[2.9] Menimbang bahwa Mahkamah telah menerima kesimpulan Pemohon yang diterima di Kepaniteraan Mahkamah pada tanggal 23 September 2020, yang pada pokoknya para Pemohon tetap pada pendiriannya;

[2.10] Menimbang bahwa Mahkamah telah menerima kesimpulan Presiden yang diterima di Kepaniteraan Mahkamah pada tanggal 23 September 2020, yang pada pokoknya Presiden tetap pada pendiriannya;

[2.11] Menimbang bahwa untuk mempersingkat uraian dalam putusan ini, segala sesuatu yang terjadi di persidangan cukup ditunjuk dalam Berita Acara Persidangan, yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan putusan ini.

3. PERTIMBANGAN HUKUM

Kewenangan Mahkamah

[3.1] Menimbang bahwa berdasarkan Pasal 24C ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD 1945), Pasal 10 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2020 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 216, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6554, selanjutnya disebut UU MK), dan Pasal 29 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5076), Mahkamah berwenang, antara lain, mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk menguji undang-undang terhadap UUD 1945;

[3.2] Menimbang bahwa oleh karena permohonan para Pemohon adalah permohonan untuk menguji konstitusionalitas norma undang-undang, *in casu* Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273, selanjutnya disebut UU 4/1984) dan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6236, selanjutnya disebut UU 6/2018) terhadap UUD 1945 maka Mahkamah berwenang mengadili permohonan *a quo*;

Kedudukan Hukum Pemohon

[3.3] Menimbang bahwa berdasarkan Pasal 51 ayat (1) UU MK beserta Penjelasannya, yang dapat mengajukan permohonan pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 adalah mereka yang menganggap hak dan/atau kewenangan konstitusionalnya yang diberikan oleh UUD 1945 dirugikan oleh berlakunya suatu undang-undang, yaitu:

- a. perorangan warga negara Indonesia (termasuk kelompok orang yang mempunyai kepentingan sama);
- b. kesatuan masyarakat hukum adat sepanjang masih hidup dan sesuai dengan perkembangan masyarakat dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diatur dalam undang-undang;
- c. badan hukum publik atau privat; atau
- d. lembaga negara;

Dengan demikian, Pemohon dalam pengujian undang-undang terhadap UUD 1945 harus menjelaskan terlebih dahulu:

- a. kedudukannya sebagai Pemohon sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) UU MK;
- b. ada tidaknya kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional yang diberikan oleh UUD 1945 yang diakibatkan oleh berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian dalam kedudukan sebagaimana dimaksud pada huruf a;

[3.4] Menimbang bahwa Mahkamah sejak Putusan Nomor 006/PUU-III/2005 tanggal 31 Mei 2005 dan Putusan Nomor 11/PUU-V/2007 tanggal 20 September 2007 serta putusan-putusan selanjutnya, telah berpendirian bahwa kerugian hak dan/atau kewenangan konstitusional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 ayat (1) UU MK harus memenuhi 5 (lima) syarat, yaitu:

- a. adanya hak dan/atau kewenangan konstitusional Pemohon yang diberikan oleh UUD 1945;
- b. hak dan/atau kewenangan konstitusional tersebut oleh Pemohon dianggap dirugikan oleh berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian;
- c. kerugian konstitusional tersebut harus bersifat spesifik (khusus) dan aktual atau setidaknya potensial yang menurut penalaran yang wajar dapat dipastikan akan terjadi;
- d. adanya hubungan sebab-akibat antara kerugian dimaksud dan berlakunya undang-undang yang dimohonkan pengujian;
- e. adanya kemungkinan bahwa dengan dikabulkannya permohonan, maka kerugian konstitusional seperti yang didalilkan tidak akan atau tidak lagi terjadi;

[3.5] Menimbang bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana diuraikan pada Paragraf **[3.3]** dan Paragraf **[3.4]** di atas, Mahkamah selanjutnya mempertimbangkan kedudukan hukum para Pemohon sebagai berikut:

1. Bahwa norma undang-undang yang dimohonkan pengujian konstitusionalitasnya oleh para Pemohon dalam permohonan *a quo* selengkapnya menyatakan sebagai berikut:

Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984

- (1) Kepada para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) dapat diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya.

Pasal 6 UU 6/2018

Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap ketersediaan sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Kejarantinaan Kesehatan.

2. Bahwa Pemohon I, Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia (MHKI), dalam uraiannya menyatakan sebagai badan hukum perkumpulan yang bersifat independen, terbuka, berdasarkan keilmuan dan profesi berasaskan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945, dalam hal ini diwakili oleh ketua umumnya. Sebagaimana ketentuan dalam Pasal 51 ayat (1) huruf c UU Mahkamah Konstitusi, menurut Pemohon, MHKI sebagai badan hukum dapat bertindak sebagai Pemohon dalam perkara *a quo*. Oleh karenanya berdasarkan ketentuan Pasal 14 Anggaran Dasar *juncto* Pasal 6 Anggaran Rumah Tangga (AD/ART) Pemohon (bukti P-5), Ketua Umum MHKI yang dipilih oleh KONAS MHKI sebagai forum pengambilan keputusan tertinggi di MHKI, berwenang bertindak untuk dan atas nama MHKI. Selain itu berdasarkan AD/ART, MHKI dibentuk dengan maksud dan tujuan menghimpun, membina, memajukan Hukum Kesehatan di Indonesia melalui kajian, penelitian, pelatihan, mediasi, advokasi, dan diskusi dalam bidang Hukum Kesehatan untuk kepentingan kemanusiaan dan hak-hak asasi manusia.
3. Bahwa permohonan pengujian Undang-undang dalam perkara *a quo* sangat erat kaitannya dengan permasalahan penanganan dan regulasi penanggulangan pandemi yang disebabkan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19), yakni regulasi sumberdaya alat, sumberdaya tenaga manusia, prosedur dan pengaturannya. Pemohon I memiliki tujuan sebagaimana

dijelaskan dalam AD/ART, di mana mayoritas keanggotaan MHKI adalah tenaga medis yang ikut berjuang melawan COVID-19;

4. Bahwa Pemohon II menerangkan kualifikasinya sebagai perseorangan warga negara Indonesia yang berprofesi sebagai dokter atau tenaga kesehatan yang merasakan kurangnya fasilitas APD dalam menanggulangi wabah penyakit menular COVID-19.
5. Bahwa Pemohon III menerangkan kualifikasinya sebagai perseorangan warga negara Indonesia yang berprofesi sebagai dokter atau tenaga kesehatan yang tidak secara langsung menangani pasien COVID-19, namun rumah sakit tempat Pemohon III bekerja adalah rumah sakit rujukan bagi pasien COVID-19 sehingga kondisi kerja Pemohon III dikelilingi oleh pasien positif COVID-19.
6. Bahwa Pemohon IV dan V adalah perseorangan warga negara Indonesia berprofesi sebagai dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pemohon merasakan tidak cukup mendapatkan perlindungan dari bahaya terkena COVID-19. Menurut para Pemohon, demi melindungi para tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun para pegawai fasilitas kesehatan, seharusnya semua pemeriksaan terhadap pasien terduga COVID-19 dilakukan dengan metode pemeriksaan yang paling akurat, dan rekam jejak pemeriksaan medis tersebut harus dapat diakses atau diketahui dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Pemohon IV dan Pemohon V.

[3.6] Menimbang bahwa setelah memeriksa secara saksama uraian para Pemohon dalam menjelaskan kerugian hak konstitusionalnya, sebagaimana diuraikan pada **Paragraf [3.5]** di atas, maka terhadap kedudukan hukum para Pemohon, Mahkamah mempertimbangkan sebagai berikut:

[3.6.1] Bahwa norma yang diajukan oleh para Pemohon adalah berkaitan dengan kewajiban pemerintah memberikan penghargaan dan menyediakan fasilitas kesehatan, khususnya untuk melindungi para petugas kesehatan dalam menanggulangi wabah penyakit menular dan melaksanakan tugas kekarantinaan. Bahwa Pemohon I mendalilkan sebagai lembaga perkumpulan yang memiliki tujuan kegiatan untuk menghimpun, membina, memajukan Hukum Kesehatan di Indonesia melalui kajian, penelitian, pelatihan, mediasi, advokasi, dan diskusi dalam bidang Hukum kesehatan untuk kepentingan kemanusiaan dan hak-hak asasi manusia. Terhadap hal tersebut, untuk membuktikan adanya keterkaitan

antara norma *a quo* dengan hak konstitusional Pemohon dan lebih jauh untuk meyakinkan Mahkamah bahwa terdapat kerugian atau setidaknya potensi kerugian terhadap Pemohon berkenaan dengan berlakunya norma *a quo*, para Pemohon haruslah dapat menyampaikan aktivitas atau kegiatan konkret Pemohon I sebagai Lembaga berkenaan dengan isu konstitusionalitas norma yang diajukan. Setelah dicermati uraian Pemohon I mengenai kedudukan hukum dan seluruh alat bukti yang dilampirkan oleh Pemohon I, tidak terdapat uraian maupun bukti yang dapat meyakinkan Mahkamah bahwa Pemohon telah aktif melakukan kegiatan-kegiatan yang berkenaan dengan isu konstitusionalitas dalam norma yang diajukan. Menurut Mahkamah, Pemohon I tidak dapat membuktikan sebagai Lembaga telah secara aktif berkegiatan di bidang yang berkaitan dengan norma yang diajukan. Terlebih lagi Mahkamah belum mendapatkan bukti bahwa perkumpulan Pemohon I merupakan perkumpulan yang berbentuk badan hukum dan terdaftar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dengan demikian Pemohon I tidak memiliki kedudukan hukum untuk mengajukan pengujian norma *a quo*.

[3.6.2] Bahwa Pemohon II, Pemohon III, Pemohon IV dan Pemohon V menyatakan diri sebagai perseorangan warga negara yang berprofesi sebagai dokter dan bertugas sebagai petugas kesehatan di fasilitas kesehatan yang melayani masyarakat umum. Terhadap hal tersebut, oleh karena norma yang diajukan berkaitan dengan hak bagi tenaga kesehatan terhadap insentif dalam penanggulangan wabah penyakit menular dan berkaitan dengan penggunaan sumber dana dalam kegiatan kekarantinaan kesehatan, menurut Mahkamah ada keterkaitan antara kepentingan para Pemohon *a quo* yang bertugas selaku petugas kesehatan dengan persoalan yang diatur dalam norma yang diajukan pengujiannya, karena pada pokoknya objek undang-undang yang mengatur mengenai penanggulangan wabah penyakit menular dan kegiatan kekarantinaan kesehatan berkaitan dengan hak dan kewajiban para Pemohon yang berprofesi sebagai dokter dan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Dengan demikian terlepas terbukti atau tidaknya anggapan kerugian yang ditimbulkan oleh inkonstitusionalitas Pasal yang diajukan, Pemohon II, Pemohon III, Pemohon IV dan Pemohon V berkenaan dengan profesi dan bidang tugasnya telah terdapat adanya hubungan sebab-akibat (*causal verband*) antara anggapan kerugian konstitusional berupa terhambatnya pelaksanaan tugas para Pemohon tersebut dengan berlakunya norma yang dimohonkan pengujian.

[3.6.3] Bahwa berdasarkan pertimbangan di atas, menurut Mahkamah Pemohon II, Pemohon III, Pemohon IV, dan Pemohon V, memiliki kedudukan hukum untuk mengajukan permohonan *a quo*, sedangkan Pemohon I tidak memiliki kedudukan hukum untuk mengajukan permohonan *a quo*.

[3.7] Menimbang bahwa oleh karena Mahkamah berwenang mengadili permohonan *a quo*, meskipun Pemohon I tidak memiliki kedudukan hukum, namun Pemohon II, Pemohon III, Pemohon IV, dan Pemohon V (selanjutnya disebut para Pemohon) memiliki kedudukan hukum untuk bertindak sebagai Pemohon dalam permohonan *a quo*, selanjutnya Mahkamah akan mempertimbangkan permohonan provisi dan pokok permohonan.

Dalam Provisi

[3.8] Menimbang bahwa para Pemohon mengajukan permohonan provisi yang pada pokoknya meminta Mahkamah untuk memeriksa perkara dengan sangat prioritas dan juga supaya Mahkamah segera memerintahkan pemerintah untuk memenuhi hak-hak dasar tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai kesehatan, yang sedang berjuang melawan COVID-19 di lapangan. Adapun alasan para Pemohon pada pokoknya bahwa dalam masa pandemi COVID-19 sangat dibutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar untuk melawan penyebaran virus tersebut, seperti alat pelindung diri bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan yang saat ini masih banyak terjadi kekurangan sebagaimana dialami dan dijabarkan oleh para Pemohon. Langka dan mahalnya alat pelindung diri sangat berdampak karena konsekuensinya adalah para tenaga medis, tenaga kesehatan, maupun pegawai fasilitas kesehatan yang merawat pasien COVID-19 dapat terkena COVID-19, dan tidak menutup kemungkinan, menjadi gugur. Permohonan provisi para Pemohon meminta Mahkamah untuk melakukan pemeriksaan prioritas serta memerintahkan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah untuk segera menciptakan regulasi dan melaksanakan kebijakan sebagaimana disebutkan para Pemohon dalam petitum provisinya. Permintaan provisi para Pemohon ini mendasarkan pada Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 133/PUU-VII/2009 yang mengabulkan putusan sela (provisi) dalam perkara Permohonan Pengujian Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2002 tentang Komisi Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Bahwa terhadap permohonan provisi *a quo*, menurut Mahkamah, alasan permohonan provisi yang diajukan para Pemohon tidaklah serta-merta dapat dikabulkan dengan mendasarkan pada Putusan Mahkamah Nomor 133/PUU-VII/2009 karena setelah Mahkamah mencermati secara saksama alasan-alasan para Pemohon (vide permohonan hlm. 9-11) dan petitum dalam provisi telah ternyata tidak terdapat alasan-alasan yang signifikan mengharuskan Mahkamah mengabulkan provisi. Terlebih lagi bukanlah merupakan kewenangan Mahkamah untuk memerintahkan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah untuk segera menciptakan regulasi dan melaksanakan kebijakan sebagaimana disebutkan para Pemohon dalam petitum provisinya. Oleh karena itu, permohonan provisi para Pemohon adalah tidak beralasan menurut hukum dan oleh karenanya harus dinyatakan ditolak.

Dalam Pokok Permohonan

[3.9] Menimbang bahwa dalam mendalilkan inkonstitusionalitas norma Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 serta Pasal 6 UU 6/2018, para Pemohon mengemukakan dalil-dalil yang pada pokoknya sebagai berikut (alasan-alasan para Pemohon selengkapnya telah dimuat dalam bagian Duduk Perkara):

1. Bahwa menurut para Pemohon, menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan alat perlindungan diri (APD) bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas melawan wabah penyakit maupun faktor risiko kesehatan masyarakat sebagai perlindungan hukum yang adil serta menjadi tanggung jawab negara atas fasilitas kesehatan yang layak sebagaimana amanat pasal 28D ayat (1) dan pasal 34 ayat (3) UUD 1945;
2. Bahwa menurut para Pemohon, insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang bertugas melawan wabah penyakit maupun faktor risiko kesehatan masyarakat, juga santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur, merupakan suatu kewajiban sebagai perlindungan hukum yang adil dan penghidupan yang layak sebagaimana amanat Pasal 27 ayat (2) dan Pasal 28D ayat (1) UUD 1945;
3. Bahwa menurut para Pemohon, menjadi kewajiban Pemerintah sesuai Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 untuk menyediakan sumberdaya pemeriksaan penyakit bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien

penderita penyakit melalui alur pemeriksaan yang cepat dan dapat diakses oleh tenaga medis yang terlibat langsung dalam penanganan penyakit tersebut.

4. Bahwa berdasarkan dalil-dalil permohonan di atas, para Pemohon memohon agar Mahkamah mengabulkan permohonan para Pemohon dengan menyatakan:
 - a. Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 bertentangan dengan UUD 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang tidak dimaknai sebagai “Kepada para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) wajib diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya.”;
 - b. Frasa “ketersediaan sumber daya yang diperlukan” pada Pasal 6 UU 6/2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan bertentangan dengan UUD 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat, sepanjang tidak dimaknai termasuk juga:
 - a. Ketersediaan Alat Pelindung Diri bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat;
 - b. Insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat;
 - c. Santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur ketika menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat;
 - d. Sumber daya pemeriksaan penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, melalui alur pemeriksaan yang cepat.

[3.10] Menimbang bahwa untuk mendukung dalilnya, Pemohon telah mengajukan alat bukti surat/tulisan yang diberi tanda bukti P-1 sampai dengan bukti P-14, dan mengajukan dua orang ahli atas nama **Qurrata Ayuni, S.H., MCDR** dan **Dr. dr. Tri Yunis Miko Wahyono, M.Sc.** serta dua orang saksi atas nama **Zainal Muttaqin** dan **Radofik** yang semuanya telah didengar dan dibaca keterangannya dalam sidang tanggal 26 Agustus 2020 (sebagaimana selengkapnya termuat dalam bagian Duduk Perkara);

[3.11] Menimbang bahwa Mahkamah telah mendengar dan membaca keterangan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) yang disampaikan dalam persidangan pada tanggal 15 September 2020 dan Mahkamah telah membaca keterangan tambahan DPR yang diterima di Kepaniteraan pada tanggal 22 September 2020 (sebagaimana selengkapnya termuat dalam bagian Duduk Perkara);

[3.12] Menimbang bahwa Mahkamah telah mendengar dan membaca keterangan Presiden dalam persidangan pada tanggal 11 Agustus 2020 dan Mahkamah telah membaca keterangan tambahan Presiden yang diterima di Kepaniteraan pada tanggal 11 September 2020. Mahkamah juga telah mendengar keterangan saksi yang diajukan Presiden atas nama **dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH, dr. Trisa Wahyuni Putri, M.Kes,** dan **Retna Nurdani, S.Kep** dalam persidangan tanggal 15 September 2020. Selain itu, Mahkamah juga telah memeriksa dan membaca bukti Presiden bertanda bukti T-1 sampai dengan bukti T-5 yang disampaikan beserta Kesimpulan Presiden dan diterima di Kepaniteraan tanggal 23 September 2020. (sebagaimana selengkapnya termuat dalam bagian Duduk Perkara);

[3.13] Menimbang bahwa setelah membaca secara saksama permohonan para Pemohon, masalah dan sekaligus pertanyaan konstitusional yang harus dijawab oleh Mahkamah adalah apakah benar kata “dapat” dalam Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 inkonstitusional apabila tidak dimaknai “wajib” dan apakah frasa “ketersediaan sumber daya yang diperlukan” dalam Pasal 6 UU 6/2018 inkonstitusional bilamana tidak dimaknai: “termasuk juga: a. Ketersediaan Alat Pelindung Diri bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan

Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat; b. Insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat; c. Santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur ketika menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat; dan d. Sumber daya pemeriksaan penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, melalui alur pemeriksaan yang cepat”;

[3.14] Menimbang bahwa para Pemohon mendalilkan kata “dapat” dalam Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 inkonstitusional apabila tidak dimaknai menjadi kata “wajib” dalam kaitan dengan pemberian penghargaan atas risiko upaya penanggulangan wabah. Terhadap dalil para Pemohon tersebut penting bagi Mahkamah untuk menjelaskan terlebih dahulu keterkaitan norma pasal yang dimohonkan pengujiannya dengan norma-norma pasal lainnya sehingga dapat dinilai apakah sesungguhnya terdapat persoalan konstitusionalitas norma. *Pertama*, berkaitan dengan pengertian wabah penyakit menular yang merupakan kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi daripada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka (vide Pasal 1 huruf a UU 4/1984). Dengan mendasarkan pada pengertian tersebut, keberadaan UU 4/1984 tidak secara spesifik dibuat untuk penanggulangan penyakit menular tertentu, namun dibentuk sebagai dasar hukum penanggulangan berbagai jenis wabah penyakit sepanjang kondisinya memenuhi syarat Pasal 1 huruf a tersebut. *Kedua*, berkenaan dengan lingkup upaya penanggulangan wabah, UU *a quo* menentukannya dalam Pasal 5 ayat (1) yaitu: a. penyelidikan epidemiologis, b. pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina, c. pencegahan dan pengebalan, d. pemusnahan penyebab penyakit, e. penanganan jenazah akibat wabah, f. penyuluhan kepada masyarakat, dan g. upaya penanggulangan lainnya. Dengan disebutkannya “upaya penanggulangan lainnya” dalam rumusan Pasal 5 ayat (1) huruf g UU *a quo* menunjukkan bahwa

upaya penanggulangan wabah mencakup bidang yang amat luas atau tidak limitatif, di mana kondisi pandemi COVID-19 termasuk di dalamnya.

Oleh karena upaya penanggulangan wabah penyakit menular ini berdampak besar bagi petugas tertentu yang terlibat dalam upaya tersebut maka Pasal 9 UU 4/1984 menghendaki agar para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penanggulangan wabah dapat diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggungnya. Petugas tertentu yang dimaksud yaitu setiap orang, baik yang berstatus sebagai pegawai negeri maupun bukan, yang ditunjuk oleh yang berwajib dan/atau yang berwenang untuk melaksanakan upaya penanggulangan wabah, sedangkan jenis penghargaan yang diberikan dapat berupa materi dan/atau bentuk lain (vide Penjelasan Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984). Namun demikian UU *a quo* tidak menentukan perihal teknis pemberian penghargaan ini karena pengaturannya dimandatkan untuk diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah sehingga menjadi dasar kewenangan bagi pemerintah untuk membuat peraturan pelaksana mengenai upaya penanggulangan wabah penyakit menular tersebut.

Sebagai bentuk pelaksanaan atas dasar amanat tersebut telah diterbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (PP 40/1991). Substansi yang berkaitan dengan amanat penghargaan termaktub dalam Pasal 29 PP 40/1991 yang pada pokoknya mengatur materi yang serupa dengan ketentuan Pasal 9 UU 4/1984 bahwa (1) Kepada petugas tertentu yang telah melakukan upaya penanggulangan wabah dapat diberikan penghargaan; (2) Penghargaan tersebut ditetapkan lebih lanjut oleh Menteri. Demikian pula halnya dengan Penjelasan Pasal 29 ayat (1) PP *a quo* secara substantif serupa dengan apa yang telah termaktub dalam Penjelasan Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 bahwa “yang dimaksud dengan petugas tertentu adalah setiap orang, baik yang berstatus sebagai pegawai negeri maupun bukan, yang ditunjuk oleh yang berwajib dan/atau yang berwenang untuk melaksanakan penanggulangan wabah. Sedangkan, penghargaan yang diberikan dapat berupa uang dan/atau bentuk lain”. Dengan kata lain, substansi PP *a quo* hanya menegaskan kembali muatan UU dan selanjutnya memberikan sub-delegasi pengaturannya kepada ketentuan yang lebih rendah yakni keputusan menteri. Adanya pendelegasian tersebut dikarenakan luasnya cakupan UU 4/1984 sehingga pembuat kebijakan diberikan keleluasan atau fleksibilitas untuk membuat

aturan pelaksana sesuai dengan karakteristik atau dampak dari wabah yang tengah dihadapi.

Fleksibilitas tersebut kemudian tampak ketika negara harus berhadapan dengan pandemi COVID-19 yang dampaknya sangat besar, terutama terhadap keselamatan petugas yang bertugas dalam upaya penanggulangan wabah. Dengan menggunakan UU 4/1984 sebagai landasan hukum, pemerintah mengeluarkan berbagai aturan pelaksana yang spesifik dibentuk untuk menghadapi dampak pandemi COVID-19 yang merupakan ketentuan sub-delegasi dari UU 4/1984 *a quo*. Di antara aturan-aturan tersebut yakni Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 01.07/menkes/329/2020 tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Corona Virus Disease 2019/Covid-19, bertanggal 30 Juni 2020 (Kepmenkes 01.07/menkes/329/2020). Selanjutnya, dalam waktu yang sangat singkat, Kepmenkes 01.07/menkes/329/2020 mengalami perubahan untuk disesuaikan dengan kondisi yang berkembang sehingga dikeluarkan Kepmenkes Nomor 01.07/menkes/447/2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 01.07/menkes/329/2020 tentang Pemberian Insentif Dan Santunan Kematian Bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Corona Virus Disease 2019/Covid-19, bertanggal 23 Juli 2020 (Kepmenkes 01.07/menkes/447/2020). Lebih lanjut, dalam rangka memberikan kejelasan pengelolaan alokasi insentif bagi tenaga kesehatan yang menangani pandemi COVID-19 telah diterbitkan pula Keputusan Menteri Keuangan Nomor 15/KM.7/2020 tentang Tata Cara Pengelolaan dan Rincian Alokasi Dana Cadangan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tambahan Gelombang III Tahun Anggaran 2020. Alokasi dana yang dimaksud oleh ketentuan tersebut, salah satunya diperuntukan bagi insentif tenaga kesehatan daerah yang dialokasikan untuk bulan Maret sampai dengan Mei 2020. Insentif ini diberikan sebagai bentuk penghargaan negara atas risiko yang harus ditanggung oleh tenaga kesehatan yang terlibat dalam upaya penanggulangan pandemi COVID-19, di mana COVID-19 merupakan bagian dari wabah penyakit menular. Sementara itu, risiko yang harus ditanggung petugas dalam upaya penanggulangan wabah ini sangat tinggi karena tingginya tingkat berjangkitnya penyakit sehingga penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari keadaan yang lazim pada waktu dan wilayah tertentu serta menimbulkan malapetaka, misalnya kematian dalam jumlah yang besar.

Tidak hanya dalam bentuk insentif, penghargaan tersebut diwujudkan pula dalam bentuk santunan kematian. Dalam kaitan dengan mekanisme penyalurannya ditentukan secara bertahap setelah daerah menyampaikan laporan realisasi pembayaran insentif tenaga kesehatan tahap pertama paling sedikit menunjukkan realisasi 60%. Alokasi yang dimaksud masih diberikan sampai dengan bulan Desember 2020 dan dapat diperpanjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (vide Kepmenkes 01.07/menkes/447/2020).

Berkenaan dengan siapa saja tenaga kesehatan yang memperoleh insentif tersebut telah ditentukan dalam Pasal 9 UU 4/1984, yaitu petugas tertentu, mereka baik yang berstatus sebagai pegawai negeri maupun bukan yang ditunjuk oleh yang berwajib dan/atau berwenang dalam melaksanakan penanggulangan wabah (vide Penjelasan Pasal 9 UU 4/1984). Dalam kaitan ini, Menteri Kesehatan sebagai pihak yang bertanggung jawab terhadap penanggulangan wabah telah menentukan pula kriteria tenaga kesehatan yang menerima insentif yakni dokter spesialis, dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya, termasuk juga dokter yang mengikuti penugasan khusus residen, dokter yang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia, dokter yang mengikuti Pendayagunaan Dokter Spesialis, tenaga kesehatan yang mengikuti Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan dalam Mendukung Program Nusantara Sehat, dan relawan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan yang terlibat dalam penanganan COVID-19 yang diusulkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tempat penugasan (vide Bab II huruf B lampiran Kepmenkes 01.07/menkes/329/2020). Pemberian insentif tersebut tetap dilanjutkan atau tidak dihentikan meskipun ada di antara petugas kesehatan tersebut yang terpapar COVID-19 dan harus dikarantina. Selain mendapat insentif, diberikan pula santunan kematian dalam hal ada petugas yang terlibat dalam penanganan COVID-19 yang meninggal dunia. Adapun ihwal besaran insentif dan mekanisme pemberiannya untuk setiap petugas yang terlibat dalam penanganan COVID-19 telah termaktub dengan jelas dalam Lampiran Kepmenkes 01.07/menkes/447/2020. Hal tersebut telah menunjukkan adanya pengutamakan dalam pemberian penghargaan dalam penanggulangan pandemi COVID-19. Selain itu, dalam rangka memutus mata rantai meluasnya sebaran COVID-19, tanpa membebani masyarakat yang terpapar wabah penyakit tersebut, pemerintah telah menyiapkan rumah sakit darurat atau rumah sakit yang

dikhususkan untuk pasien COVID-19 yang keseluruhan biaya penyelenggaraannya ditanggung oleh negara.

Berkenaan dengan penghargaan kepada petugas yang mengalami risiko dalam penanggulangan wabah penyakit menular, telah ternyata Pasal 9 UU 4/1984 bukanlah satu-satunya undang-undang yang dijadikan dasar hukum untuk memberikan penghargaan tersebut. Sebagai wujud bentuk lain selain uang yang diberikan kepada petugas tertentu yang menanggung risiko atas upaya penanggulangan wabah, dengan mendasarkan pada Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2009 tentang Gelar, Tanda Jasa, dan Tanda Kehormatan (UU 20/2009) negara memberikan penghargaan dalam bentuk tanda jasa bagi petugas kesehatan yang gugur dalam upayanya menanggulangi pandemi COVID-19. Selanjutnya, penghargaan tersebut diwujudkan dalam bentuk Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 119/TK/Tahun 2020 tentang Penganugerahan Tanda Kehormatan Bintang Jasa, yang ditetapkan tanggal 6 November 2020.

Keseluruhan aturan tersebut di atas pada prinsipnya bertujuan untuk menjamin bahwa pelaksanaan penanggulangan wabah dilaksanakan sesuai dengan amanat Konstitusi, yaitu sesuai dengan hak warga negara atas lingkungan sehat dan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 serta tanggung jawab negara atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945. Jika semua aturan ini dilaksanakan dengan memedomani prinsip konstitusional tersebut, maka sesungguhnya Pasal 9 UU 4/1984 dan berbagai aturan pelaksana tersebut telah cukup menjadi dasar hukum untuk menjamin para tenaga kesehatan termasuk para Pemohon mendapatkan penghargaan yang layak atas upayanya menanggulangi dampak pandemi COVID-19.

Berdasarkan uraian di atas, maka terhadap dalil para Pemohon yang menyatakan tidak adanya kejelasan perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan yang menanggulangi pandemi COVID-19 karena tidak dirumuskannya norma Pasal 9 UU 4/1984 dengan kata “wajib” sehingga menjadi “wajib diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya”, merupakan dalil yang tidak berdasar karena telah ternyata amanat Pasal 9 UU 4/1984 meskipun dirumuskan dengan kata “dapat” telah direalisasikan melalui berbagai regulasi dalam rangka memberikan penghargaan berupa jaminan insentif dan santunan kematian, bahkan penghargaan Bintang Jasa. Terlebih lagi, secara

doktriner penggunaan kata “dapat” dalam penormaam undang-undang merupakan hal yang lazim dilakukan karena operator norma tidak selalu dirumuskan dengan kata wajib, di mana norma wajib berkaitan dengan kewajiban yang telah ditetapkan dan apabila tidak dipenuhi kewajiban tersebut dikenakan sanksi. Sementara itu, norma “dapat” mengandung sifat diskresioner (vide angka 267 dan angka 268 Lampiran II Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan). Karena sifat diskresioner tersebut maka norma “dapat” dalam pelaksanaannya dapat menjadi wajib untuk direalisasikan karena ada faktor-faktor yang mengharuskannya, *in casu*, risiko yang harus ditanggung petugas kesehatan tertentu dalam upaya menanggulangi wabah penyakit menular. Dengan mencermati begitu luasnya cakupan dari UU 4/1984, yaitu berkenaan dengan jenis wabah yang dihadapi, dampak dari wabah, jenis kegiatan yang dapat termasuk di dalam upaya penanggulangan wabah, siapa saja yang termasuk petugas yang melakukan upaya penanggulangan wabah, serta bentuk penghargaan yang dapat diberikan, maka sudah tepat jika diksi yang digunakan dalam norma *a quo* menggunakan kata “dapat”. Bertransformasinya makna “dapat” menjadi “wajib” dalam implementasinya ditentukan oleh banyak faktor, dan untuk undang-undang yang cakupannya begitu luas, seperti halnya UU 4/1984, peraturan pelaksana dalam bentuk peraturan pemerintah yang spesifik mengatur kondisi tertentu sudah cukup untuk menjadi dasar kapan dan di mana kata “dapat” tersebut dapat diimplementasikan menjadi “wajib”. Bagaimanapun juga selama peraturan ini mengikat pemerintah serta aparat di dalamnya untuk melaksanakannya maka sesungguhnya dengan sendirinya penghargaan kepada petugas yang terdampak pandemi COVID-19 telah menjadi prioritas dengan didasarkan pada aturan pelaksana yang dimandatkan oleh UU *a quo*.

Oleh karena itu, persoalan yang dihadapi oleh para Pemohon di mana tidak adanya kepastian terhadap ada atau tidaknya penghargaan yang berhak didapatkan oleh para Pemohon selaku petugas kesehatan yang mengalami risiko dalam upaya penanggulangan wabah pandemi COVID-19 sesungguhnya merupakan persoalan implementasi norma. Terlepas dari persoalan tersebut, pembentuk undang-undang telah memasukkan revisi UU 4/1984 dalam Program Legislasi Nasional 2020-2024, oleh karenanya perlu diprioritaskan revisi tersebut sehingga dapat terbentuk undang-undang penanggulangan wabah penyakit menular yang jangkauan pengaturannya lebih komprehensif.

Berdasarkan uraian pertimbangan hukum tersebut di atas, Mahkamah berpendapat dalil para Pemohon berkenaan dengan inkonstitusionalitas norma Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 adalah tidak beralasan menurut hukum.

[3.15] Menimbang bahwa selanjutnya para Pemohon mendalilkan frasa “ketersediaan sumber daya yang diperlukan” dalam Pasal 6 UU 6/2018 inkonstitusional sepanjang tidak dimaknai termasuk juga: (1) Ketersediaan Alat Pelindung Diri bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat; (2) Insentif bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat; (3) Santunan bagi keluarga dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan yang gugur ketika menangani penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat; (4) Sumber daya pemeriksaan penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat bagi masyarakat yang melakukan kontak dengan pasien penderita penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, melalui alur pemeriksaan yang cepat.

Terhadap dalil para Pemohon tersebut penting bagi Mahkamah untuk mengutip secara utuh ketentuan pasal *a quo* yang menyatakan “Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap ketersediaan sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan Keekarantinaan Kesehatan”. Dalam penjelasan ketentuan pasal *a quo* dinyatakan “Cukup jelas”. Namun demikian, jika dicermati secara saksama keberadaan Pasal 6 UU 6/2018 tidaklah berdiri sendiri karena penjabaran lebih lanjut ketentuan Pasal 6 UU *a quo* termasuk frasa yang dipersoalkan konstitusionalitasnya oleh para Pemohon telah diatur lebih komprehensif dalam Bab IX UU *a quo* dengan judul “SUMBER DAYA KEKARANTINAAN KESEHATAN” yang pengaturannya termaktub dalam Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 yang selengkapnya menyatakan:

Pasal 71

Sumber daya dalam penyelenggaraan Keekarantinaan Kesehatan meliputi:

a. fasilitas dan perbekalan Keekarantinaan Kesehatan;

- b. Pejabat Karantina Kesehatan;
- c. penelitian dan pengembangan; dan
- d. pendanaan.

Pasal 72

- (1) Fasilitas dalam penyelenggaraan Kejarantina Kesehatan meliputi:
 - a. peralatan deteksi dan respons cepat;
 - b. ruang wawancara atau observasi;
 - c. ruang diagnosis;
 - d. asrama karantina kesehatan;
 - e. ruang isolasi;
 - f. rumah sakit rujukan;
 - g. laboratorium rujukan; dan
 - h. transportasi evakuasi penyakit Kedaruratan Kesehatan Masyarakat.
- (2) Fasilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selain berfungsi dalam penyelenggaraan Kejarantina Kesehatan juga sebagai sarana pendidikan dan pelatihan serta pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi Kejarantina Kesehatan.
- (3) Perbekalan Kejarantina Kesehatan meliputi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan perbekalan kesehatan lainnya yang diperlukan.

Pasal 73

Pejabat Karantina Kesehatan merupakan pejabat fungsional di bidang kesehatan yang memiliki kompetensi dan kualifikasi di bidang Kejarantina Kesehatan serta ditugaskan di instansi Kejarantina Kesehatan di pintu Masuk dan di wilayah.

Pasal 74

Perekrutan Pejabat penyelenggaraan Karantina Kesehatan dalam Kejarantina Kesehatan diselenggarakan melalui pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat.

Pasal 75

- (1) Pemerintah Pusat mengatur penempatan Pejabat Karantina Kesehatan di Pintu Masuk dalam rangka penyelenggaraan Kejarantina Kesehatan.
- (2) Pemerintah Daerah mengatur penempatan Pejabat Karantina Kesehatan di wilayah dalam rangka penyelenggaraan Kejarantina Kesehatan.
- (3) Dalam menyelenggarakan Kejarantina Kesehatan, Pejabat Karantina Kesehatan berwenang:
 - a. melakukan tindakan Kejarantina Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (2);
 - b. menetapkan tindakan Kejarantina Kesehatan;
 - c. menerbitkan surat rekomendasi deportasi atau penundaan keberangkatan kepada instansi yang berwenang; dan
 - d. menerbitkan surat rekomendasi kepada pejabat yang berwenang untuk menetapkan karantina di wilayah.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pelaksanaan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 76

- (1) Pejabat Karantina Kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berhak mendapatkan:
 - a. perlindungan hukum;
 - b. perlindungan kesehatan dari risiko kerusakan organ; dan
 - c. keselamatan jiwa.
- (2) Setiap Pejabat Karantina Kesehatan yang melakukan kelalaian dalam melaksanakan tugasnya dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap Pejabat Karantina Kesehatan berhak mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sepanjang sesuai dengan standar prosedur operasional dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 77

- (1) Penelitian dan pengembangan dilaksanakan untuk menapis dan menetapkan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna yang dipergunakan dalam rangka penyelenggaraan Kekekarantinaan Kesehatan.
- (2) Penelitian dan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan masyarakat.
- (3) Ketentuan mengenai penelitian dan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 78

- a. Pendanaan kegiatan penyelenggaraan Kekekarantinaan Kesehatan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, dan/atau masyarakat.
- b. Pendanaan kegiatan penyelenggaraan Kekekarantinaan Kesehatan di Pintu Masuk pada Alat Angkut di luar situasi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang meresahkan dunia dibebankan pada pemilik Alat Angkut.
- c. Pendanaan mengenai pelaksanaan tindakan penyehatan yang dimohonkan pengelola Alat Angkut menjadi tanggung jawab pemohon dan merupakan penerimaan negara.

Bertolak dari ketentuan pasal-pasal di atas, berkaitan dengan permintaan para Pemohon agar Mahkamah memaknai frasa “ketersediaan sumber daya yang diperlukan” dalam Pasal 6 UU 6/2018 menjadi “Ketersediaan Alat Pelindung Diri bagi tenaga medis” telah ternyata apa yang diminta oleh para pemohon tersebut telah terakomodasi pengaturannya dalam ketentuan Pasal 72 ayat (3) UU 6/2018 karena Alat Pelindung Diri yang dimaksud adalah bagian dari alat kesehatan yang merupakan bagian dari Perbekalan Kekekarantinaan Kesehatan, bukan bagian dari fasilitas kesehatan sebagaimana yang didalikan oleh para Pemohon. Oleh karenanya apabila Petitum para Pemohon dikabulkan berkenaan dengan pemaknaan frasa “ketersediaan sumber daya yang diperlukan” dalam Pasal 6 UU 6/2018 dimaknai menjadi ketersediaan alat pelindung diri, insentif bagi tenaga medis, santunan bagi keluarga tenaga medis dan sumber daya pemeriksaan

penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat, hal tersebut justru akan mempersempit serta menimbulkan ketidakpastian hukum sebagaimana dijamin oleh Pasal 28D ayat (1) UUD 1945 karena adanya *redundancy* dengan pengaturan yang sudah termaktub dalam Pasal 71 sampai dengan Pasal 78 khususnya Pasal 72 ayat (3) UU *a quo*. Terlebih lagi, jika petitum para Pemohon tersebut dikabulkan justru akan menimbulkan kerugian di masyarakat secara luas karena berdampak pada ketidmaksimalan upaya mencegah dan menangkal keluar atau masuknya penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat karena pemerintah menjadi tidak berkewajiban lagi untuk menyediakan fasilitas kekarantinaan kesehatan misalnya rumah sakit, sediaan farmasi misalnya obat-obatan, dan perbekalan kesehatan lainnya, padahal hal demikian menjadi tanggungjawab negara sebagaimana diamanatkan oleh Pasal 34 ayat(3) UUD 1945. Dengan demikian tujuan ditetapkannya UU 6/2018 tidaklah mungkin dapat tercapai yakni: mencegah, menangkal, dan melindungi masyarakat dari penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan masyarakat yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat, meningkatkan ketahanan nasional di bidang kesehatan masyarakat, serta memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi masyarakat dan petugas kesehatan, karena menjadi terbatasnya lingkup pengertian ketersediaan sumber daya yang diperlukan.

Dengan demikian, persoalan ketidaktersediaan Alat Pelindung Diri secara merata untuk memenuhi seluruh kebutuhan tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pegawai fasilitas kesehatan di tengah kondisi masa pandemi COVID-19 saat ini sebagaimana didalilkan para Pemohon sesungguhnya merupakan bentuk kepedulian dan keprihatinan para Pemohon dan siapapun yang harus menjadi catatan khusus bagi Pemerintah. Namun demikian persoalan tersebut tidaklah berkorelasi dengan anggapan inkonstitusionalitas norma Pasal 6 UU 6/2018. Dengan demikian dalil para Pemohon mengenai konstitusionalitas Pasal 6 UU 6/2018 tidak beralasan menurut hukum.

[3.16] Menimbang bahwa berdasarkan seluruh pertimbangan hukum di atas, Mahkamah berpendapat bahwa dalil para Pemohon tidak beralasan menurut hukum untuk seluruhnya.

4. KONKLUSI

Berdasarkan penilaian atas fakta dan hukum sebagaimana diuraikan di atas, Mahkamah berkesimpulan:

- [4.1]** Mahkamah berwenang mengadili permohonan *a quo*;
- [4.2]** Pemohon I tidak memiliki kedudukan hukum untuk mengajukan permohonan *a quo*;
- [4.3]** Pemohon II, Pemohon III, Pemohon IV, dan Pemohon V memiliki kedudukan hukum untuk mengajukan permohonan *a quo*;
- [4.4]** Permohonan provisi tidak beralasan menurut hukum;
- [4.5]** Pokok permohonan tidak beralasan menurut hukum.

Berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2020 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 216, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6554, selanjutnya disebut UU MK), dan Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5076);

5. AMAR PUTUSAN

Mengadili:

Dalam Provisi

Menolak permohonan provisi para Pemohon

Dalam Pokok Permohonan

1. Menyatakan permohonan Pemohon I tidak dapat diterima;
2. Menolak permohonan para Pemohon untuk selain dan selebihnya.

6. PENDAPAT BERBEDA (*DISSENTING OPINION*)

Terhadap putusan Mahkamah Konstitusi *a quo*, tiga Hakim Konstitusi, yaitu Hakim Konstitusi Aswanto, Hakim Konstitusi Suhartoyo, dan Hakim Konstitusi Saldi Isra memiliki pendapat berbeda (*dissenting opinion*) perihal pokok permohonan yang menyangkut norma dalam Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984, sebagai berikut:

Permohonan para Pemohon, antara lain, berkenaan dengan konstitusionalitas Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (UU 4/1984) yang menyatakan, “Kepada para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penganggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) **dapat** diberikan penghargaan atas resiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya”. Sebagai bentuk tanggung jawab negara dalam melindungi seluruh bangsa Indonesia, terutama dalam kondisi pandemik, sesuai dengan hak setiap orang atas “memperoleh layanan kesehatan” sebagaimana dimaksudkan dalam ketentuan Pasal 28H ayat (1) 1945 dan ihwal “tanggung jawab negara atas penyediaan fasilitas pelayanan Kesehatan” sebagaimana dimaksudkan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945, para Pemohon memohon agar kata “dapat” dalam Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 menjadi kata “wajib” sehingga norma *a quo* konstitusional sepanjang dimaknai “Kepada para petugas tertentu yang melaksanakan upaya penganggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) **wajib** diberikan penghargaan atas resiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya”.

Mahkamah dalam putusannya menolak permohonan yang diajukan para Pemohon. Terkait dengan putusan tersebut, kami, Hakim Konstitusi Suhartoyo, Hakim Konstitusi Saldi Isra, dan Hakim Konstitusi Aswanto memiliki pendapat berbeda (*dissenting opinion*) dengan putusan *a quo* dengan alasan sebagai berikut.

Masalah konstitusional utama dan paling mendasar yang harus dijawab Mahkamah berkenaan dengan pokok permohonan para Pemohon di atas adalah apakah frasa “dapat” dalam Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 sepanjang tidak dimaknai sebagai “wajib”, telah menyebabkan berkurangnya hak setiap orang “memperoleh layanan kesehatan” sebagaimana dimaktubkan dalam Pasal 28D ayat (1) UUD

1945 dan berkurangnya tanggung jawab negara dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaktubkan dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 sehingga jikalau kata “dapat” dalam Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 tidak dimaknai sebagai “wajib” harus dinyatakan bertentangan dengan UUD 1945?

Sebelum memberikan pertimbangan dan pendapat hukum ihwal pokok permohonan *a quo*, terlebih dahulu perlu dipahami bagaimana profesi, misalnya dokter dan tenaga medis lainnya atau petugas tertentu sebagaimana dimaksudkan Penjelasan Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984, dalam memenuhi salah satu kewajiban negara (*state obligation*) dalam pelayanan kesehatan bagi warga negara. Sebagai profesi, misalnya pekerjaan sebagai dokter dan tenaga medis lainnya, dilaksanakan dengan kemampuan khusus dan kualifikasi tertentu. Tingginya tuntutan profesionalitas dalam pelaksanaan tugas dari dokter dan tenaga medis lainnya tidak dapat dilepaskan dari profesi dimaksud berkaitan langsung dengan upaya membantu manusia dalam menghadapi kondisi tertentu yang dapat mengancam hak hidup seseorang atau orang banyak. Membantu manusia dengan harapan agar seseorang atau orang yang berada dalam ancaman kesehatan atau kondisi kesehatan tertentu terancam agar dapat kembali ke kondisi normal. Harapan demikian merupakan tuntutan terhadap profesi tertentu yang dalam situasi tertentu sangat mungkin berada di luar keadaan normal, terutama dalam kondisi pandemi seperti, misalnya kondisi pandemi melawan COVID-19.

Dalam batas penalaran yang wajar, tuntutan profesionalitas kerja seorang dokter dan tenaga medis lainnya akan semakin meningkat ketika terjadi pandemi. Mereka tidak saja dituntut profesional dalam melaksanakan tugas profesinya melainkan juga harus siap dengan segala risiko, termasuk resiko mempertaruhkan hak hidup mereka yang dapat berujung kematian. Lebih jauh, tuntutan kerja seorang dokter dan tenaga medis lainnya dalam kondisi pandemi juga tidak normal dan beberapa fakta membuktikan di luar nalar tanggung jawab manusia lainnya. Bahkan dalam kondisi tertentu jauh melampaui batas kemampuan fisiknya sebagai seorang manusia biasa, sehingga ancaman kematian pun akan turut menjadi sebagai risiko yang sulit dihindari. Artinya, risiko dimaksud tidak dapat diposisikan hanya sebatas risiko kerja, melainkan risiko menghadapi ancaman kesehatan luar biasa yang mengancam siapa saja, termasuk manusia yang berprofesi sebagai dokter dan tenaga medis lainnya.

Tingginya tuntutan profesionalitas kerja bagi dokter dan tenaga medis lainnya dengan risiko kerja yang tidak dapat diperkirakan yang dapat berujung berkabung nyawa, negara harus memastikan bahwa jaminan dalam segala bentuknya terhadap mereka. Dalam hal ini, misalnya, sebuah simposium internasional tentang COVID-19 bertajuk “COVID-19 Responses and State Obligations Concerning the Right to Health” (2020) menyatakan bahwa *protecting the right to health is in itself also a hard-legal obligation of States*. Dalam posisi tersebut, *merely protecting public health in a general sense is not enough*. Pendapat tersebut sejalan dengan standar kewajiban negara yang diatur dalam the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), yang secara eksplisit menyatakan bahwa *States must realize the right to health not only within existing resources but ‘to the maximum of its available resources’*.

Bahwa berdasarkan landasan berpikir sebagaimana diuraikan di atas, berkenaan dengan kata “dapat” dalam Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 apabila tidak dimaknai sebagai “wajib” adalah bertentangan dengan konstitusi, *in casu* jaminan dalam Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 sebagaimana didalilkan para Pemohon, kami mempertimbangkan dan berpendapat sebagai berikut:

Pertama, Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 menempatkan tanggung jawab penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak sebagai tanggung jawab negara. Ketentuan dimaksud berkelindan dengan ketentuan Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 yang memberikan jaminan bahwa setiap orang berhak memperoleh layanan kesehatan dari negara. Salah satu bentuk konkret penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dimaksud adalah menyediakan tenaga kesehatan yang profesional. Penyediaan tenaga kesehatan yang profesional juga bersangkutan paut dengan peningkatan sumberdaya manusia dan penghargaan yang diberikan kepada tenaga-tenaga kesehatan yang profesional dimaksud. Penghargaan tersebut dapat berupa penghargaan secara materi maupun berupa penghargaan non-materi. Dalam konteks penghargaan secara materi, negara berkewajiban menyediakan gaji atau pendapatan yang sesuai dengan tuntutan kerja profesional yang dialamatkan kepada setiap tenaga kesehatan, di mana salah satunya adalah dokter.

Kedua, tidak dapat dibantah, warga negara yang berprofesi sebagai dokter dan tenaga medis lainnya telah mendapatkan hak dasarnya seperti gaji sebagai

imbalan dari pekerjaannya. Hanya saja, dalam menjalankan tugas negara menghadapi situasi pandemi, seperti Covid-19, di mana bagi mereka yang berprofesi sebagai dokter dan tenaga medik lainnya berada di garis terdepan dalam menghadapinya, negara tidak cukup hanya menghargai dengan memosisikan bahwa mereka telah digaji. Demikian juga penilaian bahwa risiko menghadapi pandemi sebagai sebatas risiko kerja, juga tidak proporsional dalam menilai tugas dokter ketika berjuang melawan pandemi. Anggapan demikian merupakan sesuatu yang tidak adil atas tugas yang dibebankan kepada para petugas tertentu dengan penghargaan yang mereka terima. Sebab, dengan tingkat resiko yang sangat tinggi, termasuk risiko berkabung nyawa, menjadi tidak masuk akal jika hanya dihargai hanya dengan sebatas gaji standar yang biasa diterima. Dalam memenuhi kewajiban konstitusionalnya guna menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya di saat pandemi, negara juga mesti menyediakan insentif yang setara dengan tingkat risiko yang dihadapi setiap warga negara yang menjalankan tugas negara dalam perang menghadapi pandemi.

Ketiga, rumusan norma Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 yang menjadi objek permohonan mengatur subjek khusus yang melaksanakan tugas untuk menanggulangi tidak dapat diposisikan sebagai norma yang berlaku bagi semua orang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan di masa pandemi. Dalam hal ini, makna *protecting public health in a general sense is not enough* tanpa diikuti dengan *obligation of States*, terutama dalam menghadapi situasi pandemi. Subjek khusus sebagai bentuk *obligation of States* dimaksud lebih ditujukan dengan frasa “para petugas tertentu” yang menjalankan tugas penanggulangan wabah meliputi, yaitu: penyelidikan epidemiologis; pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina; pencegahan dan pengebalan; pemusnahan penyebab penyakit; penanganan jenazah akibat wabah; penyuluhan kepada masyarakat; dan upaya penanggulangan lainnya sebagaimana diatur dalam Pasal 5 ayat (1) UU 4/1984. Artinya, frasa *a quo* tidak ditujukan kepada semua petugas, melainkan hanya kepada mereka yang terdampak langsung dalam menanggulangi wabah.

Ketika subjek yang dituju dalam norma *a quo* adalah subjek tertentu yang terdampak langsung dalam menanggulangi wabah, memahami kandungan norma Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 sebagai fakultatif terhadap petugas terdampak adalah bentuk nyata rendahnya komitmen negara memenuhi kewajiban yang dimaktubkan

Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945. Sebagai pekerjaan yang dapat menimbulkan resiko yang dapat saja mempertaruhkan nyawa, kebijakan berbentuk fakultatif atau diskresioner adalah kebijakan yang tidak menghargai derajat kemanusiaan. Mestinya dengan tingkat dan beban risiko yang dihadapi, kebijakan negara terhadap mereka yang terdampak karena melaksanakan penanggulangan wabah, termasuk wabah pandemi Covid-19, tidak dapat ditempatkan sebagai kebijakan yang bersifat pilihan dan harus bersifat imperatif. Sifat imperatif ini merupakan konsekuensi dari tanggung jawab negara dalam memenuhi kewajiban konstitusionalnya menyediakan pelayanan kesehatan yang layak bagi warga negara. Sekalipun pemerintah telah merumuskan berbagai kebijakan dalam menjalankan diskresi norma Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 dalam menghadapi pandemi Covid-19, harus tetap disadari bahwa kebijakan tersebut lahir dari norma yang bersifat fakultatif, bukanlah dari norma yang bersifat imperatif. Boleh jadi dan amat mungkin, dalam hal norma *a quo* dirumuskan dengan konstruksi imperatif, para petugas tertentu yang merasa terancam dengan dampak pandemi Covid-19 akan bekerja dalam suasana yang jauh nyaman karena lebih terlindungi.

Keempat, merujuk pengesahan UU 4/1984, yaitu pada tanggal 22 Juni 1984, yang telah telah melewati 36 tahun, tentu tidak adaptif lagi terhadap perkembangan wabah penyakit menular serta tanggung jawab negara terhadap jaminan terhadap pelayanan kesehatan. Bahkan, jikalau dibaca secara saksama substansi UU 4/1984, peristilahan pandemi belum dikenal sama sekali. Selain itu, perihal tanggung jawab negara, UU 4/1984 belum menyentuh semangat tanggung jawab negara dalam jaminan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaktubkan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945. Tidak hanya itu, semangat International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) bahwa *States must realize the right to health not only within existing resources but 'to the maximum of its available resources'* yang diratifikasi Indonesia pada 23 Februari 2006 pun belum optimal termaktub dalam UU 4/1984 terutama semangat dalam frasa *'to the maximum of its available resources'* dimaksud.

Berdasarkan pertimbangan di atas, permohonan para Pemohon agar kata “dapat” dalam norma Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984 menjadi kata “wajib” sehingga norma *a quo* adalah konstitusional sepanjang dimaknai “Kepada para petugas

tertentu yang melaksanakan upaya penganggulangan wabah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) **wajib** diberikan penghargaan atas risiko yang ditanggung dalam melaksanakan tugasnya adalah beralasan menurut hukum. Oleh karena itu, sebagai wujud konkret tanggung jawab negara sebagaimana dimaktubkan Pasal 28D ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945, kami berpendapat, seharusnya Mahkamah mengabulkan permohonan *a quo* sepanjang Pasal 9 ayat (1) UU 4/1984.

Demikian diputus dalam Rapat Permusyawaratan Hakim oleh sembilan Hakim Konstitusi yaitu Anwar Usman selaku Ketua merangkap Anggota, Aswanto, Enny Nurbaningsih, Manahan MP. Sitompul, Saldi Isra, Arief Hidayat, Wahiduddin Adams, Suhartoyo, dan Daniel Yusmic P. Foekh, masing-masing sebagai Anggota, pada hari **Kamis**, tanggal **dua belas**, bulan **November**, tahun **dua ribu dua puluh**, yang diucapkan dalam Sidang Pleno Mahkamah Konstitusi terbuka untuk umum pada hari **Rabu**, tanggal **dua puluh lima**, bulan **November**, tahun **dua ribu dua puluh**, selesai diucapkan **pukul 15.41 WIB**, oleh sembilan Hakim Konstitusi yaitu Anwar Usman selaku Ketua merangkap Anggota Aswanto, Enny Nurbaningsih, Manahan MP. Sitompul, Saldi Isra, Arief Hidayat, Wahiduddin Adams, Suhartoyo, dan Daniel Yusmic P. Foekh, masing-masing sebagai Anggota, dengan dibantu oleh Ery Satria Pamungkas sebagai Panitera Pengganti, serta dihadiri oleh para Pemohon dan/atau Kuasanya, Dewan Perwakilan Rakyat atau yang mewakili, dan Presiden atau yang mewakili.

KETUA,

ttd.

Anwar Usman

ANGGOTA-ANGGOTA,

ttd.

Aswanto

ttd.

Enny Nurbaningsih

ttd.

Manahan M.P. Sitompul

ttd.

Saldi Isra

ttd.

Suhartoyo

ttd.

Arief Hidayat

ttd.

Wahiduddin Adams

ttd.

Daniel Yusmic P. Foekh

PANITERA PENGGANTI,

ttd.

Ery Satria Pamungkas



Panitera
Muhidin - NIP 19610818 198302 1 001
Digital Signature

Jln. Medan Merdeka Barat No. 6 Jakarta Pusat 10110
Telp: 021-23529000 Fax: 021-3520177
Email: office@mkri.id

Keterangan:

- Salinan sesuai dengan aslinya
- Surat/dokumen ini tidak memerlukan tanda tangan basah karena telah ditandatangani secara elektronik (*digital signature*) dengan dilengkapi sertifikat elektronik.