

Analisis Yuridis Inkonsistensi Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 dan Undang - Undang Nomor 17 Tahun 2023 Terkait Pengawasan Terhadap Rumah Sakit

*Romiyanto, Supeno, dan Nyimas Enny Fitriya Wardani

Program Magister Ilmu Hukum Universitas Batanghari Jambi

*Corresponding email : Romi99advocat@gmail.com

Abstrak. Adanya inkonsistensi antara Pasal 453 dan 454 Undang- Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Pasal 1169 dan 1170 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan, yang secara normatif merupakan pengulangan tetapi mengandung implikasi terhadap kejelasan status hukum regulasi sebelumnya, khususnya yang berkaitan dengan keberadaan dan kewenangan Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS). Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui, memahami dan menganalisis secara mendalam terkait implikasi yuridis dari inkonsistensi norma antara Pasal 453 dan 454 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Pasal 1169 dan Pasal 1170 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 terhadap sistem pengawasan rumah sakit di Indonesia. untuk mengetahui, memahami dan menganalisis upaya harmonisasi hukum yang diperlukan untuk menyelesaikan disharmoni antara Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Dalam penulisan tesis ini, Metode penelitian yang digunakan pendekatan secara yuridis normatif, yaitu dengan mengkaji menganalisis data sekunder yang berupa bahan-bahan hukum terutama bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder dengan memahami hukum sebagai seperangkat peraturan atau norma-norma positif dalam sistem perundang-undangan yang berlaku. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai Analisis Yuridis Inkonsistensi Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Serta Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 Dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Terkait pengawasan Terhadap Rumah Sakit adalah Inkonsistensi norma yang muncul akibat keberlakuan bersamaan Pasal 453 UU No. 17/2023 dan Pasal 1169 PP No. 28/2024 yang mempertahankan regulasi lama dan Pasal 454 UU No. 17/2023 serta Pasal 1170 PP No. 28/2024 yang mencabut UU No. 44/2009 dan PP No. 49/2013 tanpa pengecualian telah menciptakan kekosongan yuridis dan fragmentasi kewenangan dalam sistem pengawasan rumah sakit. Penulis menyarankan bahwa penerapan asas *lex specialis derogat legi generali* menuntut agar norma khusus mengenai Pencegahan dan Pengawasan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit dalam PP No. 49/2013 dijadikan prioritas atas norma umum dalam PP No. 28/2024, sehingga status kelembagaan, kewenangan, dan fungsi BPRS tidak hilang begitu saja saat norma umum berlaku. Oleh karena itu, pemerintah seyogyanya merevisi Pasal 1170 PP No. 28/2024 untuk mengecualikan ketentuan terkait BPRS (Pasal 60–62 PP No. 49/2013), sehingga penerapan prinsip *lex specialis* dapat menjaga kontinuitas pengawasan non-teknis rumah sakit. Prinsip ini merupakan bagian dari hierarki perundang-undangan dan merupakan pendekatan legal reasoning dalam harmonisasi regulasi yang bijak dan berkelanjutan.

Kata kunci: *Harmonisasi Hukum, Pengawasan Rumah Sakit, Kepastian Hukum.*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan pokok manusia di samping sandang pangan dan papan, tanpa hidup yang sehat, hidup manusia menjadi tanpa arti, sebab dalam keadaan sakit manusia tidak mungkin dapat melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. Selain itu orang yang sedang sakit (pasien) yang tidak dapat menyembuhkan penyakitnya sendiri, tidak ada pilihan lain selain meminta pertolongan dari tenaga kesehatan yang dapat menyembuhkan penyakitnya dan tenaga kesehatan tersebut akan melakukan apa yang dikenal dengan upaya kesehatan dengan cara memberikan pelayanan kesehatan.¹ Untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, banyak hal yang perlu diperhatikan. Salah satu diantaranya mempunyai peranan yang cukup penting ialah menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Adapun yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan/atau masyarakat.²

Dalam hal ini pelayanan kesehatan merupakan usaha yang dilakukan oleh pemerintah bersama masyarakat dalam rangka meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan masyarakat, yang meliputi pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam arti sempit, upaya itu dilakukan oleh lembaga-lembaga yang memberikan pengobatan kepada seseorang yang sakit, dalam hal ini contohnya rumah sakit.³

¹ Wila Chandrawila, *Hukum Kedokteran*, Mandar Maju, Bandung, 2001, hal. 35.

² Abdul Bari Saifudin, Dkk, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 2009, Ed. 1, Cet. 5, hal. 18.

³ Sri Praptianingsih, *Kedudukan Hukum Perawat Dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di rumah Sakit*, PT Raja Grafindo

Syarat pelayanan kesehatan yang baik setidaknya-tidaknya dapat dibedakan atas 13 macam, yakni tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), terpadu (*integrated*), berkesinambungan (*continue*), adil/merata (*equity*), mandiri (*sustainable*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), dapat dicapai (*accessible*), dapat dijangkau (*affordable*), efektif (*effective*), efisien (*efficient*), serta bermutu (*quality*). Ketigabelas syarat pelayanan kesehatan ini sama pentingnya.⁴

Rumah Sakit merupakan penyedia jasa pelayanan kesehatan sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Menurut Pasal 1 angka (10) Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut Undang-Undang Kesehatan), Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat. Penyelenggaraan rumah sakit bertujuan mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Rumah Sakit bukan (*persoon*) yang terdiri dari manusia sebagai (*naturlijk persoon*) melainkan rumah sakit diberikan kedudukan hukum sebagai (*persoon*) yang merupakan (*rechtspersoon*) sehingga rumah sakit diberikan hak dan kewajiban menurut hukum.⁵

Di dalam ketentuan Umum yang ada pada Undang-Undang Kesehatan memang tidak disebutkan secara jelas mengenai Pelayanan Kesehatan namun hal tersebut tercermin dari Pasal 1 angka (11) bahwa upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan dalam rangka untuk kepentingan kesehatan di masyarakat. Menurut Soewono bahwa yang dimaksud pelayanan kesehatan adalah setiap upaya baik yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan yang ditujukan terhadap perorangan, kelompok/masyarakat.⁶

Saat ini telah banyak peraturan yang di tetapkan terkait penyelenggaraan rumah sakit, hal ini dilatarbelakangi oleh adanya harapan bahwa rumah sakit dapat memahami dan memenuhi kewajiban serta hak-haknya. Oleh karena hal itu, diperlukannya peran dari pemerintah sebagai pendamping sekaligus pengendali dalam pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Di Indonesia sendiri terdapat peraturan terkait peran pemerintah dalam pengendalian pelayanan kesehatan yang mana tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional yang menyatakan bahwa Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota adalah penanggung jawab dari pelaksanaan pembangunan kesehatan di wilayahnya.

Kebijakan ini juga sejalan dengan apa yang dimuat dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yang menyatakan bahwa pembinaan dan pengawasan rumah sakit dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah daerah. Pembinaan dan pengawasan secara internal dilakukan oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit sedangkan secara eksternal dilakukan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit. Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia (selanjutnya disebut BPRS) adalah unit nonstruktural pada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara eksternal yang bersifat nonteknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat, sedangkan Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi (selanjutnya disebut BPRS-P) adalah unit nonstruktural pada dinas kesehatan provinsi yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara eksternal yang bersifat nonteknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat.

Menurut Pasal 54 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menetapkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakitan, dan organisasi kemasyarakatan lainnya sesuai dengan tugas dan fungsi masing- masing. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 menjelaskan bahwa pembinaan dan pengawasan mencakup aspek teknis dan nonteknis perumahsakitan. Pembinaan dan pengawasan aspek nonteknis dapat dilakukan secara internal dan eksternal Rumah Sakit, dimana pembinaan dan pengawasan secara eksternal dilakukan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit dan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi yang dapat dibentuk oleh Gubernur, ketentuan ini kemudian diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah No. 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit. Pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara eksternal dilakukan oleh BPRS dan BPRS-P sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, apabila BPRS-P belum terbentuk maka tugas pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara eksternal di tingkat provinsi dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi.

Persada, Jakarta, 2007, hal. 19.

⁴ Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Ed 3, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996, hal. 16.

⁵ Hermien Hadiati Koeswadji, *Hukum Untuk Perumah Sakitan*, Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002, hal. 91.

⁶ Hendrojono, Soewono, *Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Kedokteran dalam Transaksi Teurapetik*, Srikandi, Surabaya, 2007, hal. 100-101.

Pasal 57 ayat (2) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa BPRS bertanggung jawab kepada Menteri dengan tugas sebagai berikut :

- a. membuat pedoman tentang pengawasan Rumah Sakit untuk digunakan oleh BPRS-P
- b. membentuk sistem pelaporan dan sistem informasi yang merupakan jejaring dari BPRS dan BPRS-P
- c. melakukan analisis hasil pengawasan dan memberikan rekomendasi kepada Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk digunakan sebagai bahan pembinaan

Dalam Pasal 59 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, BPRS-P dapat dibentuk di tingkat provinsi oleh Gubernur dan bertanggung jawab kepada Gubernur dengan tugas sebagai berikut:

- a. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien di wilayahnya
- b. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit di wilayahnya
- c. mengawasi penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- d. melakukan pelaporan hasil pengawasan kepada BPRS;
- e. melakukan analisis hasil pengawasan dan memberikan rekomendasi kepada Pemerintah Daerah untuk digunakan sebagai bahan pembinaan; dan
- f. menerima pengaduan dan melakukan upaya penyelesaian sengketa dengan cara mediasi

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam pembangunan nasional yang tidak hanya berdampak pada kesejahteraan masyarakat, tetapi juga mencerminkan kualitas sistem pemerintahan dan tata kelola administrasi publik. Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan salah satu indikator utama dalam pembangunan nasional.

Dalam tatanan hukum administrasi negara, kepastian hukum dan harmonisasi norma merupakan prasyarat utama bagi keberlangsungan sistem pemerintahan yang efektif, khususnya dalam sektor pelayanan kesehatan. Di Provinsi Jambi, rumah sakit berperan sebagai penyedia layanan kesehatan utama yang harus mendapatkan pengawasan yang tegas guna menjamin terlaksananya prinsip-prinsip *good governance*, akuntabilitas dan transparansi. Dalam hal ini, Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi (BPRS-P) merupakan instrumen strategis untuk memastikan bahwa setiap institusi kesehatan menjalankan fungsinya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Badan pengawas akan mengawasi apakah hak pasien sudah dilaksanakan oleh rumah sakit atau tidak, demikian juga apakah pasien melaksanakan kewajibannya terhadap rumah sakit. Tugas kedua adalah mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit apakah rumah sakit dapat menggunakan haknya dengan baik dan apakah rumah sakit dapat melaksanakan kewajibannya dengan baik terhadap pasien.⁷

Konsentrasi tugas Badan Pengawas Rumah Sakit selanjutnya adalah melakukan pengawasan pelaksanaan kewajiban rumah sakit contohnya mengawasi pelaksanaan etika rumah sakit, apakah rumah sakit menindas tenaga kesehatan yang melanggar kode etik atau tidak, dalam hal ini apakah rumah sakit dapat menerapkan *hospital by laws* dengan baik yaitu melaksanakan peraturan internal rumah sakit, menjadikan rumah sakit kawasan tanpa asap rokok, melaksanakan program pemerintah, melaksanakan fungsi sosial dan sebagainya. Jika dalam melaksanakan pengawasan ditemukan berbagai masalah di rumah sakit maka badan pengawas melaporkan hasil tersebut ke badan pengawas rumah sakit Indonesia untuk dijadikan bahan pembinaan.⁸

Seiring dengan dinamika perkembangan regulasi di bidang kesehatan, terdapat kecenderungan penyesuaian norma yang mengingatkan pentingnya penyalarsan antara peraturan perundang-undangan di tingkat nasional dan tingkat daerah. Salah satu contoh upaya tersebut terlihat pada penyusunan suatu produk hukum yang mengatur mekanisme pengawasan kesehatan secara komperhensif. Produk hukum tersebut yang termuat dalam ketentuan mengenai pengawasan di sektor kesehatan, mencakup pasal-pasal yang mengatur secara rinci tentang batasan kewenangan dan mekanisme koordinasi pelaksanaan pengawasan. Namun, formulasi ketentuan tersebut khususnya dalam beberapa pasal yang mengatur menunjukkan adanya inkonsistensi dalam beberapa pasal dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.

Bahwa terdapat inkonsistensi normatif yang serius antara ketentuan peralihan dalam UU No. 17 Tahun 2023 dalam Pasal 453 yang menyebutkan bahwa semua peraturan pelaksanaan UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan UU No. 17 Tahun 2023, namun Pasal 454 UU No. 17 Tahun 2023 secara simultan justru mencabut UU No. 44 Tahun 2009 secara menyeluruh. Padahal UU No. 44 Tahun 2009, yang mendefinisikan Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan paripurna dan menegaskan tanggung jawab

⁷ Supeno, "Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) Sebagai Badan Penyelesaian Sengketa Medik Secara Mediasi", *Wajah Hukum*, Fakultas Hukum Universitas Batanghari, Vol 6, No. 2, 2022, hal. 382.

⁸ Supeno, Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) Sebagai Badan Penyelesaian Sengketa Medik Secara Mediasi, *Ibid.*, hal. 382.

negara dalam pengaturannya, adalah landasan utama bagi PP No. 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit. Selanjutnya, PP No. 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 pada beberapa bagiannya mengandung ambiguitas khususnya pada Pasal 1169 dan Pasal 1170.

Pasal 1169 berbunyi : “Pada saat Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku, semua peraturan perundang-undangan yang merupakan peraturan pelaksanaan dari:

....., n. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428) dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dalam Peraturan Pemerintah ini”.

Pasal 1170 berbunyi : “Pada saat Peraturan Pemerintah ini mulai berlaku :

....., n. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.”

Inkonsistensi tersebut menimbulkan pertanyaan normatif mengenai peran dan kewenangan dari BPRS. Perumusan pasal tersebut belum memenuhi prinsip kepastian hukum (*legal certainty*) dan sistematika hierarki norma yang seharusnya menyatukan kerangka hukum nasional PP No. 28 Tahun 2024 ini secara simultan mencabut PP No. 49 Tahun 2013 tanpa menyediakan mekanisme transisi yang memadai. Kondisi ini menciptakan kekosongan hukum (*legal vacuum*) dalam sistem pengawasan rumah sakit nasional.

Adapun berdasarkan ketentuan yang terdapat dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan serta peraturan pelaksanaannya, timbul permasalahan baru. Dalam Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) tidak disebutkan. Berdasarkan hal itu, BPRS tidak lagi memiliki payung hukum. Oleh karena itu, terdapat kekosongan hukum untuk melakukan pengawasan terhadap rumah sakit.

Padahal, BPRS jelas merupakan pengawas eksternal dengan unsur masyarakat yang berfungsi untuk mengawasi kinerja badan kesehatan agar tidak merugikan masyarakat. Lebih lanjut, undang-undang Kesehatan yang baru pada bagian penutup memberikan dua aturan, yakni antara ketentuan Pasal 453 dan ketentuan Pasal 454. Kedua peraturan tersebut seakan memaksa BPRS untuk tetap hidup. Namun, pada ketentuan berikutnya, justru BPRS dianggap tidak diperlukan.

Hal ini berbanding terbalik dengan kebutuhan masyarakat akan pengawasan independen terhadap kinerja rumah sakit dan badan kesehatan lainnya yang bertindak di luar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Padahal, BPRS merupakan bagian dari desentralisasi yang berfungsi agar pemerintah daerah dapat melakukan pengawasan secara langsung terhadap kinerja badan kesehatan yang ada di provinsi.

Dampak dari disharmoni regulasi ini bersifat sistemik dan multidimensional. Pada tataran kelembagaan, Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) kehilangan landasan hukum yang jelas untuk menjalankan fungsinya. Pada tataran operasional, rumah sakit menghadapi ketidakpastian dalam memenuhi standar pelayanan. Pada tataran kebijakan, terjadi tumpang tindih kewenangan antara pemerintah pusat dan daerah.

METODE

Spesifikasi penelitian ini adalah penelitian Deskriptif Analitis. Di dalam penulisan tesis ini penulis gunakan Tipe penelitian Yuridis Normatif, dimana masalah yang diteliti adalah peraturan perundang-undangan yang mengatur pengawasan terhadap rumah sakit di Indonesia, masalah yang diteliti kemudian dianalisis secara mendalam menggunakan teori yang relevan.

PEMBAHASAN

A. Implikasi Yuridis Dari Inkonsistensi Norma Antara Pasal 453 Dan 454 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Dan Pasal 1169 Dan Pasal 1170 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Terhadap Sistem Pengawasan Rumah Sakit Di Indonesia

1. Analisis Inkonsistensi dan Perbedaan Normatif

Pasal 1 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyebutkan, “Negara Indonesia adalah negara hukum”. Sebagai negara yang berdasar pada hukum segala sendi-sendi kehidupan berbangsa dan bernegara haruslah didasarkan pada hukum. Meski negara Indonesia adalah negara hukum, akan tetapi dalam tata cara menginterpretasikan hukum itu sendiri bukanlah hanya sekadar hukum tertulis, utamanya harus didukung oleh pribadi-pribadi yang berbudi pekerti luhur untuk dapat melaksanakan hukum agar hukum dapat berjalan sesuai dengan fungsinya.

Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) dan Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi (BPRS-P) dalam

melaksanakan kewenangan dan tugas pembinaan serta pengawasan non teknis rumah sakit kehilangan landasan hukum yang jelas untuk menjalankan fungsinya yang disebabkan dengan adanya inkonsistensi norma Pasal 453 dan 454 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 selanjutnya Pasal 1169 dan Pasal 1170 Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.

Pasal 453 UU No. 17/2023 mengatur ketentuan peralihan (“*transitional provisions*”), yang menyatakan bahwa segala peraturan pelaksanaan yang ada hingga Undang-Undang ini diundangkan tetap berlaku sepanjang belum diubah atau dicabut oleh peraturan baru. Dengan demikian, instrumen hukum lama termasuk peraturan daerah atau Peraturan Menteri Kesehatan terkait rumah sakit dipertahankan demi menjaga kelangsungan operasional dan pengawasan fasilitas kesehatan. Namun, Pasal 454 UU No. 17/2023 sekaligus mencabut 11 undang-undang terdahulu di bidang kesehatan, di antaranya UU No. 36/2009 tentang Kesehatan dan UU No. 44/2009 tentang Rumah Sakit, sehingga meniadakan dasar hukum formal bagi banyak norma yang selama ini menjadi landasan pengawasan rumah sakit. Inkonsistensi muncul karena Pasal 453 pada satu sisi memperpanjang hidup peraturan lama, namun Pasal 454 di sisi lain menyatakan pencabutan luas terhadap undang-undang sebelumnya menciptakan ketidakpastian apakah norma lama dapat dijadikan rujukan atau tidak. Adapun di dalam PP No. 28/2024 Pasal 1169 juga memuat ketentuan transisi menyebut bahwa setiap peraturan pelaksanaan yang sudah terbit berdasarkan UU No. 36/2009 dan UU No. 44/2009 tetap berlaku hingga ada peraturan baru yang spesifik menggantikannya. Sementara itu, Pasal 1170 PP No. 28/2024 mencantumkan daftar peraturan pemerintah dan peraturan presiden yang dicabut bersamaan dengan berlakunya PP ini. Kontradiksi normatif terletak pada fakta bahwa PP menganut model “pertahankan lama sambil mengganti” (Pasal 1169), namun sekaligus memutus sejumlah peraturan teknis lama (Pasal 1170), sehingga menimbulkan pertanyaan mana norma yang segera diberlakukan untuk mengatur pengawasan rumah sakit apakah ketentuan lama yang masih dipertahankan atau ketentuan baru yang segera efektif.

Dampak yuridis terhadap fungsi dan kewenangan BPRS dan BPRS-P, yaitu:

a. Kekosongan hukum operasional

- Pasal 453 UU 17/2023 secara eksplisit menyatakan bahwa pengawasan non-teknis rumah sakit dilakukan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit, Namun Pasal 1170 PP 28/2024 mendelegasikan fungsi ini kepada Kementerian Kesehatan tanpa menyebutkan mekanisme kelembagaan BPRS. Hal ini menciptakan ambiguitas apakah BPRS masih merupakan entitas mandiri atau telah melebur dalam struktur Kemenkes.
- Pasal 454 UU 17/2023 sebagaimana diadopsi dalam Pasal 1170 mencabut PP Nomor 49/2013 yang selama ini menjadi landasan hukum BPRS tanpa menyertakan aturan transisi.

b. Dualisme kewenangan dan tumpang tindih

- Pasal 1170 PP 28/2024 mengalihkan kewenangan pembinaan dan pengawasan non teknis ke Kemenkes, sementara Pasal 270 UU 17/2023 membentuk Konsil Kesehatan Indonesia yang berwenang mengawasi tenaga medis, hal ini berakibat kepada BPRS-P menjadi kehilangan legitimasi untuk melakukan pengawasan rumah sakit di daerah serta terjadi tumpang tindih kewenangan antara Kemenkes, Konsil, dan Pemerintah Daerah.

c. Dampak pada sistem pengawasan rumah sakit

- Tanpa kejelasan status BPRS, mekanisme pengawasan rumah sakit menjadi tersentralisasi secara berlebihan pada Kemenkes, hal ini bertentangan dengan semangat otonomi daerah dalam Pasal 18 UUD 1945. Efektivitas pengawasan menurun karena Kemenkes tidak memiliki struktur daerah yang memadai, sementara BPRS-P yang sudah ada tidak lagi memiliki dasar hukum untuk bertindak.

Secara sistemik, inkonsistensi ini melanggar prinsip dan asas hukum yang dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Asas Kepastian Hukum (*Rechtssicherheit*)

Pencabutan PP 49/2013 tanpa pengganti yang jelas (Pasal 1170 PP 28/2024) menciptakan ketidakpastian hukum, terutama bagi BPRS-P yang sedang menangani sengketa rumah sakit. Kondisi ini berpotensi untuk memicu gugatan administrasi atas tindakan pengawasan yang dilakukan tanpa dasar hukum.

b. Asas Non-Retroaktif dalam pencabutan regulasi

PP 28/2024 tidak menyertakan aturan transisi untuk BPRS yang sedang menangani proses pengawasan. Akibatnya, keputusan atau rekomendasi yang dikeluarkan setelah pencabutan PP 49/2013 dapat dibatalkan dengan alasan *ultra vires* (melampaui kewenangan).

2. Implikasi terhadap Sistem Pengawasan Rumah Sakit

Inkonsistensi antara ketentuan Pasal 453–454 UU No. 17 Tahun 2023 dan ketentuan penutup dalam Pasal 1169–1170 PP No. 28 Tahun 2024, perlu ditegaskan bahwa kontradiksi tersebut tidak hanya menimbulkan ketidakpastian hukum dalam tataran instrumen regulasi, melainkan juga berpotensi mengganggu keseluruhan

mekanisme pengawasan institusional terhadap rumah sakit. menciptakan kekosongan hukum dan tumpang-tindih kewenangan dalam mekanisme pengawasan rumah sakit. Pertentangan ini tidak hanya menimbulkan kerancuan dalam acuan norma bagi aparat pengawas di tingkat pusat maupun daerah, tetapi juga meniadakan pedoman transisi yang jelas bagi proses akreditasi, inspeksi, dan penegakan sanksi administratif. Kondisi tersebut mengancam prinsip kepastian hukum dan efektivitas pelaksanaan pengawasan, sehingga menuntut analisis menyeluruh terhadap dampak operasional yang dihadapi rumah sakit dalam menyelenggarakan layanan kesehatan.

Sebagai langkah awal, perlu ditegaskan bahwa rumah sakit merupakan penyelenggara pelayanan kesehatan berada pada garis depan implementasi regulasi sektor kesehatan. Inkonsistensi antara Pasal 453–454 UU No. 17/2023 dan Pasal 1169–1170 PP No. 28/2024 secara langsung menimbulkan ketidakpastian legal bagi manajemen rumah sakit dalam menentukan norma mana yang harus dipatuhi. Dalam praktiknya, ketidakjelasan ini berpotensi menempatkan rumah sakit pada kondisi dilematik yakni apabila mengacu pada peraturan lama yang dinyatakan “tetap berlaku” oleh UU, manajemen mungkin dianggap melanggar PP terbaru. Sebaliknya, menunda pelaksanaan hingga terbitnya regulasi pengganti berisiko menyalahi ketentuan transisi. Kondisi demikian bertentangan dengan asas *legal certainty* yang menuntut kepastian dan prediktabilitas hukum bagi subjek hukum, termasuk institusi rumah sakit. Oleh karena itu, manajemen rumah sakit harus mengembangkan mekanisme interpretasi regulasi yang dapat meminimalisir eksposur risiko hukum sambil menunggu harmonisasi norma.

Proses akreditasi rumah sakit yang menjadi tolok ukur mutu dan keamanan layanan mengalami gangguan substansial. Sebelumnya, sertifikasi akreditasi berjalan pada siklus tiga tahun berdasar PP No. 47/2016 dan Permenkes yang mengatur metodologi survei, kriteria penilaian, dan prosedur penerbitan sertifikat. Dengan dicabutnya PP tersebut oleh PP No. 28/2024 tanpa aturan transisi, lembaga akreditasi kehilangan payung hukum untuk melakukan survei lapangan dan menerbitkan sertifikat baru. Implikasinya, rumah sakit berpotensi tidak mampu memperbarui akreditasi tepat waktu, sehingga izin operasional yang melekat pada status akreditasi juga terancam kadaluarsa. Dampak ini tidak hanya menimbulkan gangguan kontinuitas layanan, tetapi juga merusak reputasi institusi di mata pasien, mitra asuransi, dan regulator.

Pelaksanaan sanksi administratif yang merupakan instrumen penegakan kepatuhan juga mengalami vakum. PP No. 49/2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit dan PP turunan lainnya mengatur gradasi sanksi teguran tertulis, pembekuan sementara, hingga pencabutan izin terhadap rumah sakit yang melanggar standar pelayanan. Saat landasan hukum tersebut dicabut, pengawas tidak memiliki dasar normatif untuk menjatuhkan sanksi, sehingga pelanggaran serius seperti kelalaian prosedur keselamatan pasien berpotensi dibiarkan tanpa konsekuensi hukum. Akibatnya, kultur kepatuhan internal di rumah sakit melemah karena manajemen melihat tidak ada efek jera yang dipastikan, dan potensi malapraktik atau kecelakaan medis meningkat.

Menurunnya efektivitas pengawasan rumah sakit sebagai akibat inkonsistensi norma terlihat paling nyata pada hilangnya kontinuitas dan kepastian dalam pelaksanaan audit mutu dan inspeksi. Dalam kerangka regulasi sebelumnya, aparat pengawas menindaklanjuti setiap temuan ketidaksesuaian dengan segera menerapkan sanksi administratif mulai dari teguran tertulis, pembekuan sebagian layanan, hingga pencabutan izin operasional sesuai dengan gradasi pelanggaran yang diatur. Sanksi ini tidak hanya bersifat retributif, tetapi juga preventif, karena risiko kehilangan izin menjadi tekanan bagi manajemen rumah sakit untuk selalu memelihara standar mutu. Namun, ketika PP lama yang memuat mekanisme sanksi tersebut dicabut tanpa peraturan pengganti, BPRS dan BPRS-P tidak lagi memiliki dasar hukum untuk menerbitkan surat teguran atau mengeksekusi pembekuan, sehingga proses penegakan berhenti pada tahap dokumentasi temuan tanpa ada tindak lanjut yang mengikat.

Komplikasi selanjutnya muncul dalam distribusi kewenangan pengawasan antara pusat, daerah, dan lembaga independen. Dinas Kesehatan Provinsi yang semestinya berwenang melakukan inspeksi teknis kini ragu menjalankan protokol pemeriksaan karena pedoman teknis lama telah dicabut, sedangkan pedoman baru belum terbentuk. Di sisi lain, lembaga independen yang seharusnya bersandar pada PP pelaksana juga belum memiliki payung hukum untuk bertindak. Akibatnya, beberapa inspeksi tetap dilaksanakan atas inisiatif lokal secara informal, tetapi hasilnya tidak memiliki kekuatan hukum formal untuk memaksa perbaikan. Dengan demikian, pola pengawasan menjadi sporadic tergantung inisiatif individual pejabat bukan sebagai bagian dari sistem yang terintegrasi dan berkelanjutan. Dari perspektif budaya kepatuhan (*compliance culture*), lemahnya penegakan sanksi mengikis kesadaran institusional untuk segera menindaklanjuti temuan audit. Tanpa ancaman hukum yang tegas, rekomendasi perbaikan seringkali hanya berhenti pada laporan internal tanpa aksi konkret. Manajemen rumah sakit cenderung memprioritaskan kebutuhan operasional dan keuangan jangka pendek, menunda investasi dalam peningkatan kapabilitas SDM dan infrastruktur keselamatan pasien yang memerlukan biaya dan waktu. Dalam jangka panjang, kondisi ini berpotensi meruntuhkan kultur keselamatan pasien dan standar keperawatan yang telah dibangun bertahun-tahun, serta menghambat inovasi untuk perbaikan berkelanjutan.

Lebih jauh lagi, kelemahan pengawasan ini berdampak pada akuntabilitas publik. Rumah sakit sebagai lembaga publik-publik yang memberikan jasa strategis kepada masyarakat semestinya dipertanggungjawabkan

secara transparan melalui laporan hasil inspeksi dan statistik kepatuhan mutu. Namun, dengan berkurangnya mekanisme sanksi dan ketidakjelasan prosedur audit, data evaluasi tidak lagi dipublikasikan secara rutin dan dapat dipertanggungjawabkan. Ini menciptakan *information asymmetry* antara penyelenggara layanan, pasien, dan regulator, sehingga kepercayaan publik terhadap sistem kesehatan menurun. Pada akhirnya, tujuan utama pengawasan menjamin hak pasien atas layanan yang aman dan bermutu terancam gagal tercapai.

Hal ini juga berpengaruh kepada beban regulasi rumah sakit. BPRS dan BPRS-P yang kehilangan pijakan yuridis untuk menjalankan perannya sebagaimana diamanatkan sebelumnya. Sebelumnya, rumah sakit diharuskan mematuhi ketentuan dari PP No. 49/2013 yang memposisikan BPRS sebagai lembaga pengawas eksternal berwenang menerima laporan, menyusun pedoman mutu, dan memediasi pengaduan pasien. Namun, dengan pencabutan peraturan tersebut oleh PP No. 28/2024 melalui Pasal 1170 tanpa aturan pengganti, rumah sakit kini dihadapkan pada ketidakjelasan kewajiban pelaporan kepada lembaga pengawas non-teknis, yang sebelumnya menjadi bagian penting dari *compliance cost* mereka.

Akibatnya, rumah sakit harus memenuhi tuntutan dua standar pelaporan satu untuk regulasi lama dan satu lagi untuk regulasi baru sementara BPRS tidak lagi memiliki dasar hukum untuk meminta laporan *self-assessment* atau audit mutu. Proses pelaporan ganda ini menghabiskan sumber daya, memerlukan pelatihan SDM dua kali lipat, dan membuat alur komunikasi dengan pengawas tidak efektif. Beban ini semakin bertambah karena manajemen harus menyiapkan SOP *intern* serta sistem informasinya agar sesuai dengan kedua kerangka regulasi, yang memicu inefisiensi organisasi dan membebani anggaran.

Absennya BPRS dalam kerangka regulasi menurunkan efektivitas pengawasan. Saat norma lama dicabut dan norma baru belum berisi ketentuan mengenai BPRS, lembaga ini tidak dapat memanggil atau menindaklanjuti rumah sakit yang tidak patuh, sehingga mekanisme *checks and balances* yang diharapkan tidak berjalan. Rumah sakit pun kehilangan insentif eksternal untuk memperbaiki pelayanan dan tidak lagi memiliki struktur pengaduan resmi untuk menyampaikan keluhan pasien yang secara implisit meningkatkan risiko kesalahan layanan dan merusak kepercayaan publik.

Dengan demikian, beban regulasi ganda yang mengganggu fungsi BPRS bukan hanya soal biaya administratif tambahan, tetapi juga menghilangkan kontrol eksternal yang semestinya menjadi keseimbangan tata kelola rumah sakit. Kondisi ini menuntut harmonisasi regulasi melalui peraturan transisi atau revisi agar BPRS dipulihkan posisinya secara hukum dan rumah sakit tidak lagi dibebani oleh *compliance cost* yang berlapis tanpa imbalan pengawasan yang efektif.

Ketika rumah sakit menghadapi beban regulasi ganda, muncul potensi sengketa hukum yang serius antara institusi penyelenggara dan regulator. Situasi ini berpotensi mengaburkan asas *legal certainty*, karena rumah sakit dapat saja dianggap melanggar jika aparat pengawas merujuk norma lama atau justru dikenakan sanksi jika merujuk norma baru, padahal pedoman sama sekali belum tersedia. Sengketa tersebut dapat mengarah ke gugatan perdata maupun tata usaha negara (TUN), karena rumah sakit memiliki kedudukan hukum untuk menuntut ganti rugi sebagaimana diatur dalam Pasal 191 huruf e UU No. 17/2023.

Lebih lanjut, hilangnya landasan hukum BPRS akibat dicabutnya PP No. 49/2013 menciptakan ketidakpastian pelaksanaan pengawasan non- teknis, yang dapat memicu sengketa hukum dalam dua arah. Rumah sakit dapat menggugat BPRS secara perdata atau mengajukan tuntutan ke PTUN jika merasa fungsi pengawasan dijalankan secara *ultra vires*, karena tidak ada pengganti regulatif yang menguatkan keberadaan badan tersebut. Sebaliknya, BPRS atau Dinas Kesehatan dapat menempuh mekanisme administratif jika ternyata rumah sakit menolak atau menunda pelaporan atas dasar tidak ada *explicit legal mandate*, sehingga potensi konflik hukum tak terhindarkan.

Pengkajian melalui pendekatan secara filosofis menurut, Johnny Ibrahim, untuk mengupas secara mendalam. Sedangkan menurut Zeigler dalam Johnny Ibrahim, pendekatan filsafat yaitu suatu penelitian untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam terhadap implikasi social dan efek penerapan suatu aturan perundangan-undangan terhadap masyarakat atau kelompok masyarakat. Pendekatan filsafat ini juga dilakukan untuk menyelami isu hukum dalam konsep mengenai ajaran hukum dan isu filosofis, sehingga pendekatan filosofis ini dilakukan untuk mencari pemahaman yang mendasar. Disamping itu, melalui pendekatan ini peneliti juga dapat memahami perubahan dan perkembangan filosofi yang melandasi aturan hukum tersebut.

Secara filosofis yuridis, konflik antara Pasal 453/1169 (norma transisi) dan Pasal 454/1170 (norma pencabutan) mencerminkan benturan antara asas *lex posterior derogat legi priori* yang menegaskan supremasi norma terbaru sesuai dengan Pasal 7 ayat (1) UU No. 12/2011 dan asas *lex specialis derogat legi generali* yang menetapkan bahwa norma khusus, seperti Pasal 60–62 PP No. 49/2013 tentang BPRS, harus diutamakan meski dimuat dalam kerangka regulasi umum baru. Norma teknis yang bersifat khusus memiliki karakter struktural yang harus dijaga agar tidak otomatis dicabut oleh norma umum, guna menghindarkan kondisi *legal vacuum* yang melemahkan prinsip *legal certainty* dan non-retroaktivitas

Konsekuensinya, menghilangnya payung yuridis BPRS telah menciptakan ambiguitas kewenangan dan melemahkan mekanisme pengawasan non-teknis rumah sakit. Dari perspektif filsafat hukum utilitarian dan pragmatis, hukum tidak semata berfungsi sebagai sistem hierarkis yang kaku, melainkan sebagai instrumen untuk mencapai kemaslahatan masyarakat. Sebagaimana dikembangkan oleh pemikir seperti Bentham dan aliran pragmatik, norma hukum harus mampu menjawab kebutuhan sosial real termasuk jaminan mutu dan perlindungan pasien. Kehilangan dasar pengawasan eksternal melalui BPRS tanpa pengganti teknis berarti meniadakan kontrol etis dan legitimasi publik terhadap layanan rumah sakit, yang secara substansial merongrong hak konstitusional atas kesehatan (Pasal 28H UUD 1945).

Ketiadaan payung hukum terhadap BPRS mengakibatkan sistem hukum yang mengatur tentang kesehatan mengalami malfungsi. Artinya aturan hukum yang ada tidak berjalan dengan semestinya. Keberadaan BPRS sebagai pengawas Eksternal yang melibatkan unsur masyarakat tidak akan berjalan. Karena keberadaannya sudah ditiadakan dengan berlakunya undang-undang Nomor 17 tahun 2023 Tentang Kesehatan. Sehingga semenjak berlakunya undang-undang Nomor 17 tahun 2023 Tentang Kesehatan keberadaan dari BPRS sebagai pengawas eksternal telah hilang dan digantikan oleh pemerintah dan pemerintah Daerah. Akibatnya fungsi BPRS dalam Pembinaan, Pengawasan Non Teknis seperti kepatuhan, tata kelola (Good Corporate Governance), Akuntabilitas, Efisiensi dan Efektivitas. Penerimaan Pengaduan dan Pemberian Rekomendasi tidak lagi berjalan. Artinya singkatnya BPRS tidak bisa lagi melakukan pengawasan agar rumah sakit tidak hanya berfokus pada keuntungan, tetapi juga pada pelayanan yang berkualitas dan berpihak kepada masyarakat.

Artinya sistem pengawasan terhadap kinerja rumah sakit menjadi semakin memburuk karena pengawasan hanya dilakukan oleh pihak internal Dewan Pengawas Rumah Sakit (DPRS) dan Satuan Pemeriksa Internal (SPI) sehingga pengawasan hanya dilakukan oleh pihak kesehatan itu sendiri. Kemudian untuk pengawasan yang dilakukan oleh eksternal akan dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan. Artinya yang dapat mengawasi rumah sakit atau lembaga kesehatan lainnya adalah orang kesehatan itu sendiri. Lebih lanjut pengawasan dapat juga dilakukan oleh Badan Akreditasi, Organisasi Profesi tenaga medis dan tenaga kesehatan seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan masyarakat. Namun laporan yang didapat oleh masyarakat tidak dapat di proses sebelum diselesaikan terlebih dahulu oleh internal yakni apabila pelanggaran prosedur DPRS sedangkan untuk mala prakteknya harus diselesaikan melalui Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Artinya pengawasan rumah sakit baik secara internal maupun secara eksternal dilakukan oleh orang-orang kesehatan sehingga dikhawatirkan dengan tidak berlakunya lagi BPRS maka akan terjadi penyalagunaan wewenang oleh orang kesehatan di dalam melakukan pengawasan terhadap administrasi rumah sakit maupun malapraktek yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Sehingga apabila pemerintah menginginkan sistem pengawasan rumah sakit berjalan dengan semestinya perlu mengembalikan keberadaan BPRS sebagai pengawas eksternal sehingga dengan kembalinya BPRS sebagai subsistem dalam pengawasan rumah sakit maka pengawasan terhadap rumah sakit lebih terbuka dan kekhawatiran penyalagunaan wewenang oleh tenaga kesehatan karena yang melakukan pengawasan dan penindakan adalah orang-orang kesehatan tidak lagi ada. Sehingga sistem pengawasan rumah sakit lebih baik, terstruktur dan terbuka.

Prinsip praktis hukum mengajarkan bahwa norma unsur teknis seperti kewenangan BPRS tidak bisa dilepaskan tanpa riset transisi. Harmonisasi melalui revisi Pasal 1170 PP 28/2024, penerbitan Permenkes Transisi berdasarkan Pasal 455–456 UU 17/2023, serta pembentukan Tim Harmonisasi lintas lembaga adalah langkah konstruktif untuk mengisi kekosongan normatif, menyambungkan hierarki hukum, dan menjembatani perbedaan norma secara efektif dan berkeadilan.

Dalam konteks regulasi kesehatan, harmonisasi norma juga berfungsi sebagai penegak akuntabilitas institusional: memastikan koordinasi antara Kementerian Kesehatan, Dinas Daerah, dan BPRS berjalan dengan koherensi yuridis dan teknis. Selain itu, bila muncul norma yang masih kontroversial, mekanisme *judicial review* menjadi instrumen penting untuk memastikan kepastian yuridis dan mencegah erosi sistem pengawasan rumah sakit hingga tercipta sistem yang efektif, adil, dan tetap berlandaskan hukum yang berintegritas.

Oleh sebab itu, risiko sengketa hukum bukan sekadar potensi administratif, melainkan menimbulkan konflik yuridis serius yang dapat melemahkan fungsi pengawasan maupun stabilitas operasional rumah sakit. Untuk menjembatani situasi ini, diperlukan harmonisasi regulasi segera, pengembalian posisi BPRS secara normatif, dan penyusunan peraturan transisi yang eksplisit dengan tujuan agar baik regulator maupun penyelenggara memiliki pedoman yuridis yang pasti sehingga potensi gugatan hukum tertahankan, dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak terganggu.

B. Upaya Harmonisasi Hukum yang Diperlukan Untuk Menyelesaikan Disharmoni Antara Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024

Situasi konflik norma antara ketentuan transisi (Pasal 453 UU 17/2023 & Pasal 1169 PP 28/2024) dan norma pencabutan (Pasal 454 UU & Pasal 1170 PP 28/2024) menggambarkan *legal pluralism* dalam sektor kesehatan, di mana norma formal negara berjalan sejajar dengan norma kelembagaan seperti BPRS tanpa adanya sinkronisasi. Ketidakjelasan ini menimbulkan *cognitive dissonance* bagi tenaga medis dan manajemen, karena mereka dihadapkan pada kebingungan operasional dan ketegangan tugas apakah harus mengikuti norma lama atau norma baru yang dominan.

Dampaknya merembet pada kepercayaan publik dan profesionalisme layanan medis melalui fenomena *legal cynicism* di mana kehilangan legitimasi pengawas seperti BPRS membuat hukum dipandang lemah dan tidak menjamin perlindungan. Terjadinya ketidakpercayaan ini memancing masyarakat untuk beralih ke jalur tidak formal, seperti advokasi digital atau litigasi perdata, sebagai respons atas kegagalan sistem formal yang seharusnya melindungi hak pasien.

Kasus nyata pembelajaran sosial (*case-based learning*) misalnya tragedi malapraktik di Medan, dimana seorang ibu rumah tangga, JS, mengalami amputasi kaki tanpa persetujuan formal dan mendalam dari keluarga. Korban selanjutnya melaporkan ke Polda, Kemenkes, dan DPR karena kekosongan pengawasan resmi dari BPRS-Provinsi.⁹ Kasus ini menegaskan bagaimana ketidakjelasan norma membuka jalan bagi praktik medis yang melanggar standar tanpa pertanggungjawaban formal, sehingga mendorong masyarakat mencari penyelesaian di luar mekanisme negara.

Demikian pula, kasus malapraktik bayi Falya di RS Awal Bros Bekasi di mana pihak keluarga akhirnya menggugat secara perdata dan memenangkan ganti rugi setelah prosedur formal gagal menggambarkan bahwa ketika institusi pengawas seperti BPRS tak hadir, masyarakat dipaksa menggunakan jalur hukum alternatif.¹⁰ Situasi ini menyiratkan pengalihan kekuasaan pengawasan ke pengadilan, yang seharusnya menjadi opsi terakhir, bukan instrumen utama.

Fenomena *legal pluralism* yang terbentuk juga berpotensi melepaskan *regulatory capture*, di mana kepentingan komersial rumah sakit atau kelompok medis dapat mengisi kekosongan regulasi untuk keuntungan sendiri. Tanpa kontrol eksternal yang tegas dan sistematis, akuntabilitas dan keadilan dalam sistem layanan kesehatan bisa dikompromikan, memperdalam kesenjangan sosial dan melemahkan legitimasi tata kelola kesehatan.

Kasus konkret di RS Erni Medika Kota Jambi mempertegas kecacatan sistem ini jika tak ada BPRS yang berfungsi. Ketika pasien Bayu Prasetyo meninggal usai tindakan yang diragukan termasuk klaim uang Rp 30 juta tanpa tindakan operasi BPRS Provinsi Jambi secara proaktif menerima laporan dan mengonfirmasi bahwa rumah sakit belum terakreditasi serta tidak memiliki dokter spesialis tetap.¹¹ Mereka memfasilitasi dialog dengan pihak RS, menuntut evaluasi oleh Dinas Kesehatan, dan mendorong akreditasi cepat refleksi nyata fungsi pengawasan non-teknis yang menjembatani hak pasien dengan pengawasan institusional.

Dalam frekuensi ini, BPRS mengisi fungsi *supervisory bridge* antara masyarakat, rumah sakit, dan regulator teknis. Kehadiran mereka pada rapat tertutup DPRD dengan LBH APB KAI Jambi mempertegas bagaimana pengawasan publik bisa dijalankan melalui mekanisme formal meski tanpa kewenangan eksekutif penuh.¹² Ini menunjukkan bahwa BPRS bukan sekadar “pengawas moral”, melainkan pelaksana legitimasi sosial dalam sistem hukum kesehatan.

Secara sosiologis, berdasarkan contoh kasus yang telah diuraikan di atas memperlihatkan perbedaan tajam bahwa dengan adanya BPRS masyarakat memiliki jalur formal untuk pengaduan; pengawasan non-teknis dijalankan dengan evidence-based (seperti pernyataan status akreditasi dan status dokter spesialis); rekomendasi berupa rujukan evaluasi dan upaya akreditasi dapat dilakukan; dan legitimasi institusional terkait penegakan akuntabilitas tetap terjaga. Ini memperkuat *social capital* dan kepercayaan masyarakat terhadap kontrol publik. Namun, tanpa adanya BPRS Laporan malapraktik lebih lambat diproses karena langsung diarahkan ke kepolisian atau litigasi perdata; masyarakat beralih ke jalur informal (*exit-voice*), yang memperbesar beban sosial dan menciptakan guncangan

⁹<https://medan.kompas.com/read/2025/03/04/145549578/ibu-di-medan-diduga-jadi-korban-malapraktik-rs-kaki-di-amputasi-tanpa-izin> diakses pada tanggal 12 Juni 2025 Pukul 08.13 WIB.

¹⁰<https://megapolitan.kompas.com/read/2016/06/27/15533001/terbukti-malapraktik.rs.awal.bros.bekasi.diharuskan.bayar.rp.205.juta> diakses pada tanggal 12 Juni 2025 Pukul 09.35 WIB.

¹¹<https://regional.kompas.com/read/2025/05/25/215320978/di-tengah-dugaan-malapraktik-rs-erni-medika-akui-belum-terakreditasi> diakses pada tanggal 12 Juli 2025 Pukul 12.30 WIB.

¹²<https://radarjambi.co.id/read/2025/06/05/34954/komisi-iv-dprd-kota-jambi-gelar-rapat-tertutup-bahas-dugaan-malapraktik-di-rs-erni-medika> diakses pada tanggal 12 Juli 2025 Pukul 12.35 WIB.

kepercayaan terhadap sistem hukum; kontrol kualitas layanan hanya muncul secara insidental dan tidak sistematis; dan sistem kesehatan lokal rentan terhadap *regulatory capture*, mengutamakan kepentingan korporat atas keselamatan pasien.

Akibat gap ini, *hospital-based internal control* muncul sebagai fragmen budaya institusional seperti komite etik tertutup yang tidak memiliki legitimasi resmi dan rentan disalahgunakan. Di daerah, disparitas ini semakin nyata ketika fasilitas kesehatan tanpa BPRS gagal terawasi, memperdalam ketidaksetaraan dalam akuntabilitas layanan publik.

Dalam konteks RS Erni Medika, BPRS terbukti menjadi pengawas efektif yang mampu mengekspos fakta, mempertegas rekomendasi, dan memicu respons administratif (akreditasi dan evaluasi izin), meskipun tidak memiliki kewenangan pencabutan izin. Ini menggerakkan sinyal awal perbaikan regulatif pasca konflik norma, meski belum utuh.

Namun demikian, keterbatasan eksekutif BPRS karena kewenangan teknis berada pada Dinas Kesehatan menunjukkan bahwa harmonisasi regulasi sangat diperlukan agar BPRS dapat berfungsi penuh sebagai lembaga pengawas yang sah, memiliki kemampuan administratif dan sanksional. Revisi Pasal 1170 PP No. 28/2024 dan regulasi transisi seperti Permenkes wajib menegaskan kembali kewenangan ini untuk mencegah agar peran BPRS tidak lagi sekadar simbolis.

Akhirnya, integrasi sosiologis terhadap peran BPRS menegaskan bahwa harmonisasi hukum bukan sekadar memenuhi kebutuhan yuridis, namun juga membangun kembali *social contract* di sektor layanan kesehatan. Dengan pengawasan yang kredibel dan institusional, norma hukum kembali bisa berfungsi sebagai instrumen sosial yang efektif, menjaga kepercayaan publik, mengelola konflik, dan melindungi hak pasien secara nyata.

Tekanan sosial dari kasus nyata ini juga memicu perubahan budaya institusional di dalam rumah sakit bahwa manajemen dan tenaga medis cenderung mengakses mekanisme kontrol internal yang bersifat tertutup, tetapi ini rentan disalahgunakan dan tidak memiliki legitimasi formal. Kultur pengawasan informal semacam ini bisa menjadi ‘bayangan regulasi’ yang tidak memenuhi standar akuntabilitas atau transparansi yang memadai.

Dampak lebih lanjut adalah penurunan “*sense of safety*” masyarakat terhadap layanan medis. Ketika hakim perdata menjadi pihak yang pertama merespons gugatan malapraktik dan bukan kelembagaan pengawas resmi ini menciptakan budaya “*noisy exit*,” di mana warga menuntut keadilan melalui opini publik dan pengaduan terbuka, alih-alih lembaga pengawasan.

Fenomena ini juga menciptakan ketegangan moral bagi tenaga kesehatan, karena mereka dihadapkan pada dilema antara komitmen profesional medis dan ketidakpastian legal, yang mengundang risiko kelelahan emosional dan potensi praktik defensif seperti tindakan medis ekstra atau pembiaran pelanggaran demi menghindari risiko hukum.

Maka dari itu, harmonisasi hukum melalui revisi Pasal 1170 PP No. 28/2024, penerbitan Permenkes Transisi, dan pembentukan Tim Harmonisasi lintas lembaga bukan hanya relevan dari perspektif yuridis, tetapi juga menjadi kebutuhan mendesak secara sosiologis. Harmonisasi ini akan membangun kembali *social contract* dalam sistem kesehatan, memperkuat integritas kelembagaan, dan memulihkan kepercayaan serta legitimasi public sehingga norma hukum bekerja sebagai instrumen sosial yang efektif, bukan sekadar teks yang terbengkalai.

Harmonisasi hukum adalah upaya atau proses yang hendak mengatasi batasan-batasan perbedaan, hal-hal yang bertentangan dan kejanggalan dalam upaya atau proses merealisasi keselarasan, kesesuaian, keserasian, kecocokan, keseimbangan di antara norma-norma hukum di dalam peraturan perundangan- perundangan sebagai sistem hukum dalam satu kesatuan kerangka hukum nasional.¹³

Pekerjaan harmonisasi hukum pada dasarnya dapat dipersempit dan diperluas. Jika dipersempit, pekerjaan tersebut menjadi sekedar menganalisis hukum, yang dalam konteks ini dibatasi pada peraturan perundang-undangan dan pekerjaan tersebut tidak sekedar membutuhkan pengetahuan tentang sistem hukum Indonesia, melainkan juga penguasaan cara bernalar hukum (*legal reasoning*), sebagaimana diungkapkan oleh adigium, *Lex plus laudatur quando ratione probatur (the law is the more praised, when it is approved by reason)* dan *Lex non cogit ad impossibilia (the law does not compel the impossible)*.¹⁴

Maksud dari mengharmonisasikan terhadap rancangan peraturan perundangundangan menurut Wicipto Setiadi adalah untuk menyelaraskan, menyesuaikan, memantapkan dan membulatkan konsepsi suatu rancangan peraturan perundangundangan dengan peraturan perundang-undangan lain, baik yang lebih tinggi, sederajat, maupun yang lebih rendah, dan hal-hal lain selain peraturan perundangundangan, sehingga tersusun secara sistematis, tidak saling bertentangan atau tumpang tindih (*overlapping*). Hal ini merupakan konsekuensi dari adanya hierarki peraturan perundang-undangan.¹⁵

¹³ Sapto Budoyo, *Ibid.*, hal. 607-622.

¹⁴ Sitti Mawar, *Ibid.*, hal. 1-18.

¹⁵ Bayu Dwi Anggono, *Ibid.*, hal. 373-390.

Harmonisasi peraturan perundang-undangan merupakan proses mengharmoniskan (menyesuaikan) konsep, substansi dan rumusan suatu rancangan peraturan perundangundangan, baik dalam bagian internal rancangan (batang tubuh dan penjelasan), dengan peraturan perundang-undangan yang telah ada dan rancangan lain yang juga sedang dipersiapkan, sehingga membentuk suatu unsur yang terpadu dan sejalan atau tidak dengan peraturan perundang-undang yang lain.

Pembulatan merupakan proses menjadikan semua unsur (elemen) terintegrasi sehingga membentuk konsep, substansi dan rumusan menjadi suatu kesatuan yang utuh. Pemantapan merupakan proses mengevaluasi konsep, substansi dan rumusan dari segi pertimbangan filosofis, yuridis, dan sosiologis sehingga instrumen publik yang dibentuk diyakini sebagai peraturan perundang- undangan yang kuat dan stabil serta mampu menjadi landasan hukum untuk mengatur dan menyelesaikan persoalan yang dihadapi.¹⁶

Adapun sebagai upaya harmonisasi hukum yang diperlukan untuk menyelesaikan disharmoni antara Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, berdasarkan teori harmonisasi hukum, hierarki perundang-undangan menjadi fondasi untuk menyelesaikan disharmoni norma antara UU No. 44/2009, UU No. 17/2023, PP No. 49/2013, dan PP No. 28/2024.

Bahwa Berdasarkan Pasal 7 ayat (1) UU No. 12/2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, norma *lex posteriori* di UU 17/2023, khususnya Pasal 453 yang mempertahankan peraturan pelaksanaan hingga terbitnya regulasi pengganti dan Pasal 454 yang mencabut undang-undang terdahulu harus mengesampingkan ketentuan sejenis di UU 44/2009 seperti Pasal 37 tentang izin operasional dan Pasal 53 tentang sanksi administratif.

Di samping itu, asas *lex specialis* menegaskan bahwa ketentuan khusus dalam PP No. 49/2013 (Pasal 60–62) mengenai Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) harus dipertahankan meskipun PP No. 28/2024 (Pasal 1169–1170) mencabut peraturan pemerintah secara umum. Oleh karena itu, revisi PP No. 28/2024 diperlukan untuk mengecualikan pasal-pasal yang menghapus dasar yuridis BPRS, sehingga kerangka hukum pengawasan secara eksternal terhadap rumah sakit yang diamanatkan UU 44/2009 tidak terkikis.

Mengisi kekosongan teknis di lapangan dapat ditempuh melalui penerbitan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Transisi berdasarkan Pasal 455 UU 17/2023 dan Pasal 456 yang menetapkan tenggat waktu satu tahun bagi regulasi pelaksana. Permenkes Transisi ini harus memuat peta normatif yang menjelaskan status PP No. 49/2013 dan PP No. 28/2024 termasuk namun tidak terbatas pada klausul pengecualian terhadap ketentuan BPRS serta pedoman teknis interim untuk inspeksi, akreditasi, dan pengaduan pasien (mengacu pada Permenkes 56/2014 dan Permenkes 76/2016).

Dalam kerangka itu, pembentukan Tim Harmonisasi Hukum Kesehatan yang melibatkan Kemenkum (Pasal 13 UU No. 39/1999), Kemenkes, Komisi IX DPR RI, dan asosiasi profesi menjadi krusial untuk melakukan *norm mapping*, analisis rentang norma, dan penyusunan draft Permenkes serta rekomendasi amandemen PP. Langkah ini akan meminimalkan interpretasi ganda dan memperkuat legitimasi kebijakan transisi di tingkat teknis.

Apabila upaya administratif belum sepenuhnya menyelesaikan konflik norma, pendekatan yudisial harus ditempuh melalui Mahkamah Konstitusi dan Mahkamah Agung. Pasal 24 C UUD 1945 *jo.* Pasal 10 UU No. 24/2003 membuka ruang *judicial review* bagi UU 17/2023 dan UU 44/2009 untuk diuji terhadap UUD 1945 terutama terkait hak atas kesehatan (Pasal 28H UUD 1945), sementara Pasal 31 UU No. 14/1985 memberikan wewenang kepada MA untuk menguji PP No. 28/2024 dan PP No. 49/2013. Mahkamah Agung juga dapat mengeluarkan putusan sela (*stay of execution*) untuk menangguhkan pelaksanaan pasal kontroversial hingga ada putusan final atau revisi regulasi pelaksana.

Bahwa di sisi lain, koordinasi antar-lembaga melalui Surat Edaran Bersama atau Keputusan Menteri Koordinasi (melibatkan Kemenkes, Kemenkum, BPOM, dan KemenPAN-RB) akan menyatukan interpretasi dan pedoman implementasi, sesuai asas *transparency* Pasal 5 UU 12/2011, dengan sosialisasi intensif kepada manajemen rumah sakit, dinas kesehatan daerah, dan asosiasi profesi.

Sebagai solusi definitif, penyusunan RUU Amandemen Terpadu menjadi tahapan akhir yang memastikan kerangka hukum pengawasan rumah sakit berjalan konsisten. Berdasarkan Pasal 20–21 UU 12/2011, perlu disusun naskah akademik komprehensif meliputi kajian normatif, perbandingan internasional, dan analisis dampak yuridis sebagai dasar RUU yang akan mencabut atau menyelaraskan pasal-pasal UU 44/2009 (Pasal 37, 53, 61) dan UU 17/2023 (Pasal 453–454), serta menata ulang ketentuan PP 49/2013 dan PP 28/2024 (Pasal 1169–1170). Dengan demikian, harmonisasi yuridis ini tidak hanya mengatasi konflik tekstual, tetapi juga memperkuat kepastian hukum, efektivitas pengawasan, serta perlindungan hak pasien secara merata di seluruh Indonesia. Harmonisasi

¹⁶ Ida Surya dan Abul Wahab, “Harmonisasi Peraturan Perundang-undangan Dalam Mewujudkan Pemerintahan Yang Baik”, *Jurnal Kompilasi Hukum*, Vol. 8, No. 2, 2023, hal. 113.

antara ketentuan UU No. 44/2009, UU No. 17/2023, PP No. 49/2013, dan PP No. 28/2024 mesti diarahkan pada pemulihan fungsi pengawasan eksternal oleh Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) dan penegakan kepastian norma bagi rumah sakit sebagai penyelenggara layanan kesehatan. Setelah proses harmonisasi peraturan perundang-undangan diselesaikan secara formal melalui revisi, penyesuaian, atau penerbitan regulasi transisi seperti Permenkes dan amandemen PP, langkah berikutnya yang mesti menjadi perhatian serius adalah memastikan *efektivitas implementasi* norma- norma hasil harmonisasi tersebut di lapangan. Harmonisasi tidak akan bermakna apabila tidak diikuti dengan pelaksanaan yang terstruktur dan sistematis oleh seluruh pemangku kepentingan, khususnya rumah sakit dan badan pengawas eksternal seperti BPRS. Dalam tahap ini, peran koordinatif dan kontrol normatif dari Kementerian Kesehatan menjadi sentral, mengingat Kemenkes merupakan institusi yang bertanggung jawab terhadap standar teknis dan administratif pelayanan kesehatan di Indonesia.

Implementasi tersebut harus dimulai dengan penyusunan dan penyebaran pedoman teknis yang bersifat mengikat secara administratif kepada seluruh rumah sakit, baik milik pemerintah maupun swasta, yang isinya tidak hanya mencakup SOP baru hasil harmonisasi, tetapi juga menjelaskan peralihan norma secara rinci serta akibat hukum jika rumah sakit tidak mematuhi ketentuan baru. Dalam hal ini, Kemenkes dapat membentuk unit kerja khusus atau satuan tugas implementasi regulasi harmonisasi yang bertugas untuk melakukan supervisi, bimbingan teknis, serta asistensi hukum kepada pihak rumah sakit dan Dinas Kesehatan Daerah yang masih mengalami kebingungan interpretatif terhadap norma hasil harmonisasi.

Langkah berikutnya adalah memastikan bahwa seluruh rumah sakit melakukan *internalisasi norma* dengan mengintegrasikan aturan hasil harmonisasi ke dalam sistem manajemen mutu, kode etik internal, sistem akreditasi, serta sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Internalisasi ini penting untuk menghindari terjadinya *normative disobedience*, yaitu situasi ketika rumah sakit mengetahui norma baru namun enggan menyesuaikan karena alasan administratif atau ketidaksiapan operasional. Dalam konteks ini, audit internal dan pengawasan oleh BPRS harus diaktifkan secara berkala, disertai dengan sistem pelaporan elektronik yang terintegrasi secara nasional guna memantau kepatuhan implementasi pada level operasional rumah sakit.

Pada saat yang sama, penting untuk membangun *mekanisme feedback regulatif* dari rumah sakit kepada regulator. Hal ini dapat dilakukan melalui forum koordinasi regulasi yang bersifat periodik, di mana rumah sakit dapat menyampaikan hambatan atau kendala implementasi yang bersifat teknis, termasuk konflik antara norma harmonisasi dengan realitas prosedur medis di lapangan. Mekanisme semacam ini akan menjaga regulasi tetap responsif dan relevan terhadap kebutuhan implementator, sekaligus menjadi dasar bagi Kemenkes dan pembentuk peraturan lainnya untuk melakukan perbaikan regulasi secara berkelanjutan.

Tidak kalah penting, Kementerian Kesehatan juga perlu membangun sistem pengawasan independen terhadap pelaksanaan hasil harmonisasi, yang tidak semata-mata berbasis hierarki birokrasi, tetapi melibatkan aktor-aktor eksternal seperti asosiasi profesi, akademisi, dan lembaga pengawasan sipil. Sistem pengawasan ini berperan sebagai penyeimbang agar implementasi regulasi tidak terjebak pada formalitas administratif, melainkan benar-benar memastikan bahwa substansi pengawasan rumah sakit berjalan secara efektif dan melindungi hak pasien. Dalam konteks ini, keberadaan BPRS sebagai entitas semi-independen harus diperkuat, baik dari sisi kelembagaan maupun kewenangan, melalui penguatan hukum administratif dan keuangan yang menjamin keberlanjutan tugas-tugas pengawasannya.

Untuk mendukung penguatan tersebut, Pemerintah dapat mendorong diterbitkannya *Peraturan Presiden* yang memperjelas struktur kelembagaan, pendanaan, serta mekanisme kerja BPRS pasca harmonisasi regulasi. Perpres ini tidak hanya menjadi payung hukum administratif bagi operasional BPRS, tetapi juga menjadi sarana konstitusional untuk menjamin bahwa fungsi pengawasan eksternal terhadap rumah sakit tidak mengalami kekosongan hukum, sekalipun terjadi perubahan regulasi dalam undang-undang atau peraturan pelaksanaannya. Hal ini menjadi penting mengingat BPRS memiliki karakteristik pengawasan yang berbeda dengan Dinas Kesehatan sebagai pengawas teknis, sehingga keberadaannya harus dijamin secara otonom.

Dalam pelaksanaannya, reformulasi kelembagaan BPRS juga harus disertai dengan reorientasi pendekatan pengawasan, dari semula hanya berbasis aduan masyarakat menjadi berbasis risiko dan pencegahan. Artinya, BPRS harus aktif mengidentifikasi potensi pelanggaran hak pasien, konflik etik, atau kelemahan sistem mutu rumah sakit, meskipun belum ada laporan dari pasien. Untuk itu, diperlukan pengembangan sistem data dan analisis berbasis teknologi informasi yang dapat mengolah tren insiden keselamatan pasien, pelanggaran standar pelayanan, dan kepatuhan administratif rumah sakit secara nasional.

Sebagai langkah paralel, seluruh perubahan pasca-harmonisasi juga harus masuk dalam kurikulum pelatihan dan pengembangan SDM kesehatan, termasuk tenaga medis, manajemen rumah sakit, dan petugas regulator di tingkat pusat maupun daerah. Dengan begitu, pemahaman atas substansi harmonisasi dan tanggung jawab implementasi tidak hanya terbatas pada elite regulator, melainkan tersebar secara merata ke seluruh lini pelaksana sistem kesehatan. Hal ini akan menciptakan konsistensi dalam penerapan norma, sekaligus memperkecil risiko ketidaksesuaian prosedur akibat ketidaktahuan atau multitafsir terhadap aturan baru.

Selanjutnya, negara juga harus membuka jalur evaluasi publik terhadap pelaksanaan hasil harmonisasi sebagai bagian dari prinsip *good governance*. Evaluasi ini tidak hanya dilakukan oleh auditor negara atau lembaga pemerintah, tetapi juga oleh masyarakat sipil dan media melalui akses informasi yang terbuka dan pelibatan langsung dalam forum evaluasi kebijakan kesehatan. Pelibatan publik semacam ini akan memperkuat akuntabilitas sekaligus memberikan legitimasi sosial terhadap proses harmonisasi yang telah dilaksanakan oleh negara.

Dengan seluruh tahapan tersebut, maka hasil harmonisasi hukum tidak hanya menghasilkan tatanan norma yang koheren di atas kertas, tetapi juga mampu menciptakan sistem pengawasan rumah sakit yang stabil, progresif, dan berpihak kepada kepentingan publik. Proses ini harus dijaga secara berkelanjutan melalui pembaruan regulasi yang adaptif, peningkatan kapasitas kelembagaan, serta konsistensi antara substansi norma dan penerapan teknisnya di lapangan. Harmonisasi tidak dapat dianggap selesai sampai seluruh aktor, baik pengawas maupun pelaksana layanan, berjalan dalam kerangka hukum yang seragam, jelas, dan terintegrasi.

Sebagai penutup, dapat disimpulkan perlu ditegaskan bahwa upaya harmonisasi hukum antara Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013, dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 merupakan langkah krusial untuk menciptakan tata kelola pengawasan rumah sakit yang selaras dengan prinsip kepastian hukum, efektivitas administrasi, dan perlindungan hak atas kesehatan sebagaimana dijamin oleh Konstitusi. Ketidakharmonisan antar regulasi tidak hanya menimbulkan kebingungan interpretasi bagi pelaksana di lapangan, tetapi juga berpotensi menciptakan kekosongan norma dalam sistem pengawasan, yang pada akhirnya dapat merugikan pasien sebagai subjek utama dalam pelayanan kesehatan.

Dengan merujuk pada prinsip *lex posterior derogat legi priori* dan *lex specialis derogat legi generali*, maka penataan ulang norma-norma dalam tataran peraturan perundang-undangan harus dilakukan secara sistematis melalui revisi PP yang kontradiktif, penerbitan peraturan menteri sebagai pedoman transisi, serta pembentukan tim harmonisasi lintas kementerian yang mampu mengakomodasi pendekatan teknis dan yuridis sekaligus. Namun demikian, keberhasilan harmonisasi hukum ini tidak semata-mata bergantung pada aspek formal normatif, melainkan pada seberapa jauh implementasi teknisnya mampu menjawab kebutuhan praktis dari para pemangku kepentingan, terutama rumah sakit dan badan pengawas eksternal seperti BPRS.

Harmonisasi hukum harus dimaknai bukan sebagai akhir dari proses reformasi hukum kesehatan, tetapi sebagai fondasi awal menuju penguatan sistem pengawasan yang partisipatif, profesional, dan berorientasi pada pemenuhan hak-hak pasien. Untuk itu, tindak lanjut berupa penyusunan SOP, pelatihan sumber daya manusia, penguatan kelembagaan pengawasan, dan penataan mekanisme pelaporan serta akuntabilitas publik harus dirancang secara terintegrasi dan berkelanjutan. Tanpa tahapan implementasi yang sistematis dan pengawasan yang konsisten, harmonisasi hanya akan menjadi dokumen normatif yang tidak berdampak nyata terhadap kualitas pengawasan di sektor kesehatan. Lebih jauh lagi, keberhasilan harmonisasi dan implementasinya menjadi refleksi atas kapasitas negara dalam mengelola sektor kesehatan secara responsif terhadap dinamika regulasi dan kebutuhan masyarakat. Oleh karena itu, penguatan fungsi pengawasan rumah sakit melalui revitalisasi peran BPRS dan konsistensi pelaksanaan norma hasil harmonisasi harus menjadi agenda jangka panjang dalam pembangunan hukum kesehatan nasional. Dengan demikian, sistem pengawasan rumah sakit di Indonesia akan tidak hanya memenuhi ketentuan hukum yang formal, tetapi juga mencerminkan keadilan substantif yang menjamin perlindungan maksimal terhadap keselamatan pasien, profesionalitas tenaga medis, serta mutu pelayanan rumah sakit secara nasional.

SIMPULAN

1. Berdasarkan analisis yuridis, tesis ini menyimpulkan bahwa terdapat inkonsistensi norma yang signifikan dan nyata antara UU No. 44 Tahun 2009 dan PP No. 49 Tahun 2013 dengan UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024, khususnya terkait keberadaan dan kewenangan Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS). UU No. 17 Tahun 2023 tidak lagi mengakomodasi keberadaan BPRS secara eksplisit sebagai organ pengawas rumah sakit, serta menempatkan kewenangan perizinan dan pengawasan kesehatan pada Pemerintah Pusat dengan pendekatan berbasis risiko. Hal ini secara implisit mengesampingkan peran BPRS yang diatur dalam regulasi sebelumnya, menciptakan kekosongan atau ketidakjelasan landasan hukum bagi BPRS.
2. Inkonsistensi ini menunjukkan bahwa proses legislasi dalam pembentukan UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024 belum sepenuhnya mencapai harmonisasi hukum yang sempurna. Meskipun niatnya untuk menyederhanakan dan memusatkan regulasi, kegagalan untuk secara tegas mencabut atau merevisi pasal-pasal yang bertentangan dalam regulasi sebelumnya (terutama UU No. 44/2009 dan PP No. 49/2013) telah mengakibatkan disharmoni vertikal dan horizontal dalam tatanan peraturan perundang-undangan di Indonesia. Hal ini mengakibatkan dualisme norma yang membebani pelaksanaan hukum.
3. Adanya inkonsistensi norma secara langsung mencederai prinsip kepastian hukum. Hal ini menyebabkan ketidakpastian bagi seluruh pemangku kepentingan, termasuk pemerintah daerah dalam menjalankan fungsi

pengawasan, manajemen rumah sakit dalam mematuhi regulasi, dan masyarakat sebagai penerima layanan yang kebingungan mengenai mekanisme perlindungan dan pengaduan. Ketidakpastian ini berpotensi menghambat efektivitas pengawasan rumah sakit dan melemahkan perlindungan hukum bagi masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku

- Abdul Bari Saifudin, Dkk. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Materna dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Achmad Ali. 2002. *Menguat Tabir Hukum Suatu Kajian Filosofis dan Sosiologi*. Jakarta: Toko Gunung Agung.
- Achmad Ali. 2010. *Menguak Teori Hukum (Legal Theory) & Teori Peradilan (Judicial Prudence) Termasuk Undang-Undang (Legisprudence)*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Amrah Muslimin. 1986. *Aspek-Aspek Hukum Otonomi Daerah*. Bandung: Alumnus.
- Atik Purwandi. 2008. *Konsep Kebidanan Sejarah & Profesionalisme*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Azwar. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang: Bina Rupa Aksara.
- Bagir Manan. 2005. *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Pusat Studi Hukum Fakultas Hukum UII.
- Bahder Johan Nasution. 2008. *Metode Penelitian Ilmu Hukum*. Bandung: Mandar Maju.
- Cecep Triwibowo. 2014. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Yogyakarta: PT Medika Yogyakarta.
- Chairul Arrasjid. 2008. *Dasar-Dasar Ilmu Hukum*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Endang Kusuma Astuti. 2009. *Transaksi Terapeutik Dalam Upaya Pelayanan Medis Di Rumah Sakit*. Bandung : Citra Aditya Bakti.
- Gunawan Wijaya dan Ahmad Yani. 2003. *Hukum Arbitrase*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sudiarto, Zaeni Asyhadie. 2004. *Mengenal Arbitrase Salah Satu Alternatif Penyelesaian Sengketa Bisnis*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Hermien Hadiati Koeswadi. 2002. *Hukum Untuk Perumahan Sakitan*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Hendrojo, Soewono. 2007. *Batas Pertanggungjawaban Hukum Malpraktik Kedokteran Dalam Transaksi Terapeutik*. Surabaya: Srikandi.
- Jan Michiel Otto. 2005. "Real Legal Certainty in Developing Countries," in *Kajian Socio-Legal [Socio-Legal Studies]*, ed. oleh A. W. Bedner, S. Irianto, dan T. D. Wirastri Pustaka Larasan, Universitas Indonesia; Universitas Leiden; Universitas Groningen.
- Johnny Ibrahim. 2005. *Teori & Metodologi Penelitian Hukum Normatif Cetakan III*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Johnny Ibrahim. 2010. *Teori dan Metodologi Penelitian Hukum Normatif*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Kusnu Goesniadhi. 2006. *Harmonisasi Hukum dalam Perspektif Perundang- Undangan*. Surabaya: Lex Spesialis Masalah.
- Mardiasmo. 2004. *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*. Yogyakarta. Penerbit Andi.
- Mark Fenwick dan Stefan Wibka, (ed). 2016. *The Shifting Meaning of Legal Certainty*. Singapore: Springer.
- Mimin Emi. 2004. *Etika Keperawatan Aplikasi Pada Praktik*, Jakarta. Kedokteran EGC.
- Moh. Hasan Wargakusumah dalam Novianti. 2012. *Analisis Terhadap Pembuatan Perjanjian Kerjasama Internasional (Studi di Provinsi Bali)*, Jakarta : P3DI Setjen DPR Republik Indonesia dan Azza Grafika.
- Novianto M Hantoro. 2011. *Sinkronisasi dan Harmonisasi Pengaturan Mengenai Perda Bali Nomor 16 Tahun 2009 tentang Rencana Tata Peraturan Daerahm Serta Uji Materi Peraturan Daerah Provinsi Ruang Wilayah Provinsi Bali Tahun 2009-2029*. Jakarta: Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI.
- Peter Mahmud Marzuki. 2005. *Penelitian Hukum*, Jakarta: Kencana.
- Peter Mahmud Marzuki. 2008. *Pengantar Ilmu Hukum*, Jakarta : Kencana.
- RDH Koesoemahatmadja. 2006. *Pengantar Kearifan Sistem Pemerintahan Daerah Di Indonesia*, Bina Cipta, Bandung dikutip kembali oleh M. Laica Marzuki Dalam *Berjalan-Jalan Di Ranah Hukum*, Jakarta: Sekretariat Jenderal dan Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia.
- Riduan Syahrani. 1999. *Rangkuman Intisari Ilmu Hukum*. Bandung: Penerbit Citra Aditya Bakti.
- Setio Sapto Nugroho. 2009. *Harmonisasi Pembentukan Peraturan Perundang- Undangan*. Jakarta: Dokumentasi dan Informasi Hukum Bagian Hukum Biro Hukum dan Humas.
- Sinambela Lijan Poltak dkk. 2011. *Reformasi Pelayanan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sri Praptianingsih. 2007. *Kedudukan Hukum Perawat Dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*. Jakarta:

PT Raja Grafindo Persada.

Sri Siswati. 2013. *Etika Dan Hukum Kesehatan Dalam Perspektif Undang- Undang Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.

Syamsuddin Haris. 2004. *Desentralisasi dan Otonomi Daerah Naskah Akademik dan RUU Usulan LIPI*. Jakarta: LIPI Press.

Ta'adi. 2013. *Hukum Kesehatan: Sanksi dan Motivasi bagi Perawat*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Ten Berge dan De Waard, dikutip L.M Gandhi, *Harmonisasi Hukum Menuju Hukum Responsif*, Pidato Pengukuhan Guru Besar Tetap Pada Universitas Indonesia, Jakarta, 1995, hal. 4.

Widodo Di Putro. 2024. *Filsafat Hukum: Pergulatan Filsafat Barat, Filsafat Timur, Filsafat Islam, Pemikiran Hukum Indonesia Hingga Netajuridika di Metaverse*, Edisi ke-2. Jakarta: Kencana.

Zainal Asikin. 2014. *Mengenal Filsafat Hukum*. Bandung: Pustaka Reka Cipta.

B. Jurnal

Ana Fauzia, Fathul Hamdani, dan Deva Gama Rizky Octavia. "The Revitalization of the Indonesian Legal System in the Order of Realizing the Ideal State Law". *Progressive Law Review*, Vol. 3, No. 1, 2021.

Bayu Dwi Anggono. "Harmonisasi Peraturan Perundang-undangan di Bidang penanggulangan Bencana". *Mimbar Hukum: Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada*, Vol. 22 No. 2, 2010.

Fathul Hamdani et al. "Fiksi Hukum: Idealita, Realita, dan Problematikanya di Masyarakat". *Primagraha Law Review*, Vol. 1, No. 2, 2023.

Gunawan Widjaja, Lon Fuller. "Pembuatan Undang-Undang dan Penafsiran hukum, Law Review". *Fakultas Hukum Universitas Pelita Harapan*, Vol. VI. No. 1, 2006.

Ida Surya dan Abul Wahab. "Harmonisasi Peraturan Perundang-undangan Dalam Mewujudkan Pemerintahan Yang Baik". *Jurnal Kompilasi Hukum*, Vol. 8, No. 2, 2023.

Maria Farida Indrati. "Meningkatkan Kualitas Peraturan Perundang-Undang di Indonesia". *Jurnal Legislasi Indonesia*, Vol. 4. No. 2, 2007.

Risky Dian Novita Rahayu Rochim. "Harmonisasi Norma-Norma Dalam Peraturan Perundang-Undang tentang Kebebasan Hakim". *Jurnal Ilmiah*, Malang, Universitas Brawijaya, 2014.

Sapto Budoyo. "Konsep Langkah Sistematis Harmonisasi Hukum Dalam Pembentukan Peraturan Perundang-Undang". *Civis: Jurnal Ilmiah Ilmu Sosial dan Pendidikan Kewarganegaraan*, Vol. 4 No. 2, 2014.

Sitti Mawar. "Metode Penemuan Hukum (Interpretasi dan Konstruksi) Dalam Rangka Harmonisasi Hukum". *Jurnal Justitia: Jurnal Ilmu Hukum, Perundang-Undang dan Pranata Sosial*, Vol. 1 No. 1, 2020.

Sudikno Mertokusumo dalam Siti Halilah dan Mhd Fakhurrahman Arif, "Asas Kepastian Hukum Menurut Para Ahli," Siyash: *Jurnal Hukum Tata Negara*, Vol. 4, No. 2, 2021.

Suhartono. *Harmonisasi Peraturan Perundang-Undang dalam Pelaksanaan Anggaran Belanja Negara (Solusi Penyerapan Anggaran Belanja negara yang Efisien, Efektif dan Akuntabel)*. Jakarta: Tesis Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2011.

Supeno. "Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) Sebagai Badan Penyelesaian Sengketa Medik Secara Mediasi". *Wajah Hukum: Fakultas Hukum Universitas Batanghari*, Vol. 6 No. 2, 2022.

Syafrudin A. "Menuju Penyelenggaraan Pemerintah Negara Yang Bersih Dan Bertanggung Jawab". *Jurnal Pro Justitia*, Edisi 4. 2020.

Vinsensius Tamelab, Maria Viviana Ero Payon, dan Benediktus Peter Lay. "Kepastian Hukum Hak Atas Tanah Bagi Warga Baru di Lokasi Perumahan Resettlemen Kelurahan Naiboanat Kecamatan Kupang

Timur Kabupaten Kupang". *Student Scientific Creativity Journal*, Vol. 1, No. 5, 2023.

Wacipto Setiadi. "Proses Pengharmonisasian Sebagai Upaya Untuk Memperbaiki Kualitas Peraturan Perundang-Undang". *Jurnal Legislatif Indonesia*, Vol. 4 No. 2, 2007.

C. Peraturan Perundang-Undang

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan

Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 Tentang Badan Pengawasan Rumah Sakit.

D. Website

Dadang Solihin. *Indikator Governance dan Penerapannya dalam Mewujudkan Demokratisasi di Indonesia*,

www.dadangsolihin.com, diakses pada 26 Februari 2025 Pukul 20.05 WIB.
<https://medan.kompas.com/read/2025/03/04/145549578/ibu-di-medan-diduga-jadi-korban-malapraktik-rs-kaki-diamputasi-tanpa-izin> diakses pada tanggal 12 Juni 2025 Pukul 08.13 WIB.
<https://megapolitan.kompas.com/read/2016/06/27/15533001/terbukti.malapraktik.rs.awal.bros.bekasi.diharuskan.bayar.rp.205.juta> diakses pada tanggal 12 Juni 2025 Pukul 09.35 WIB.
Nusrhasan Ismail dalam Baritim Parjuangan Sinaga, “Filsafat Hukum Mengajarkan Kepastian Hukum”,
<https://osf.io/preprints/osf/xnpy6> diakses 11 Juni 2024 Pukul 16.15 WIB.
<https://regional.kompas.com/read/2025/05/25/215320978/di-tengah-dugaan-malapraktik-rs-erni-medika-akui-belum-terakreditasi> diakses pada tanggal 12 Juli 2025 Pukul 12. 30 WIB.
<https://radarjambi.co.id/read/2025/06/05/34954/komisi-iv-dprd-kota-jambi-gelar-rapat-tertutup-bahas-dugaan-malpraktik-di-rs-erni-medika> diakses pada tanggal 12 Juli 2025 Pukul 12.35 WIB.