

Kepastian Hukum Kewenangan Dokter Umum Dalam Pelayanan Estetika Medis di Indonesia

Putu Kusuma Dwi Wulandari¹, I Putu Harry Suandana Putra², Ni Nyoman Putri Purnama Santhi³, Ni Putu Yuliana Kemalasari⁴

¹ Program Studi Hukum, Fakultas Bisnis, Sosial, Teknologi dan Humaniora, Universitas Bali Internasional dan kusuma.dww92@gmail.com

² Program Studi Hukum, Fakultas Bisnis, Sosial, Teknologi dan Humaniora, Universitas Bali Internasional dan harrysuandana@unbi.ac.id

³ Program Studi Hukum, Fakultas Bisnis, Sosial, Teknologi dan Humaniora, Universitas Bali Internasional dan putripurnama27@unbi.ac.id

⁴ Program Studi Hukum, Fakultas Bisnis, Sosial, Teknologi dan Humaniora, Universitas Bali Internasional dan yulianakemalasari@unbi.ac.id

ABSTRAK

Pelayanan estetika medis di Indonesia berkembang pesat seiring meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap perawatan penampilan dan kesehatan kulit, sehingga semakin banyak dokter umum menyelenggarakan layanan tersebut melalui praktik mandiri maupun klinik pratama. Regulasi yang ada, yakni Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2024 yang diperbarui dengan Permenkes Nomor 11 Tahun 2025, masih bersifat parsial dan belum memuat definisi operasional, klasifikasi prosedur berbasis risiko, maupun standar kompetensi spesifik bagi dokter umum di bidang estetika, sehingga menimbulkan ketidakjelasan norma (norm obscurity). Penelitian ini mengkaji kedudukan pelayanan estetika medis dalam pengaturan praktik kedokteran serta kejelasan kewenangan dokter umum atas batasan pelayanan tersebut. Penelitian merupakan penelitian hukum normatif yang deskriptif analitis dalam bentuk penelitian kepustakaan (library research), menggunakan pendekatan perundang-undangan, konseptual, dan kasus, yang dilengkapi wawancara terbatas terhadap tiga narasumber sebagai data konfirmatif. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa regulasi estetika medis di Indonesia belum memenuhi standar kepastian hukum berdasarkan delapan prinsip moralitas hukum Lon L. Fuller. Kewenangan dokter umum memiliki landasan atribusi yang dapat diperluas melalui sertifikasi tambahan, namun ketiadaan standar nasional yang seragam menempatkan dokter umum pada posisi hukum yang rentan. Prosedur non-invasif dapat dilakukan dengan pelatihan memadai, prosedur minimal invasif memerlukan sertifikasi terverifikasi, sedangkan bedah estetika merupakan domain eksklusif dokter spesialis. Penelitian ini merekomendasikan agar Kementerian Kesehatan bersama Konsil Kedokteran Indonesia segera menetapkan pedoman teknis dan standar sertifikasi kompetensi yang seragam dan mengikat.

Kata Kunci: Kepastian Hukum, Kewenangan Dokter Umum, Pelayanan Estetika Medis, Klinik Pratama, Indonesia

ABSTRACT

Medical aesthetic services in Indonesia have grown significantly along with increasing public awareness of appearance care and skin health, prompting a growing number of general practitioners to provide such services through independent practice or primary care clinics (klinik pratama). The existing legal framework, comprising Law Number 17 of 2023 on Health, Law Number 29 of 2004 on Medical Practice, and Minister of Health Regulation Number 17 of 2024 as amended by Regulation Number 11 of 2025, remains partial and lacks operational definitions, risk-based procedure classification, and specific competency standards for general practitioners in aesthetics, creating a condition of norm obscurity. This study examines the position of medical aesthetic services within the regulation of medical practice and the clarity of general practitioners' authority regarding its limits. The research is normative legal research, descriptive-analytical, conducted as library research using statute, conceptual, and case approaches, supplemented by limited interviews with three informants as confirmatory data. The findings show that current regulations have not satisfied the standard of legal certainty required by Lon L. Fuller's eight principles of the morality of law. General practitioners possess an attributive legal basis that may be extended through additional certification, yet the absence of

uniform national standards leaves them in a legally vulnerable position; non-invasive procedures may be performed with adequate training, minimally invasive procedures require verified certification, while aesthetic surgery remains the exclusive domain of specialists. The study recommends that the Ministry of Health and the Indonesian Medical Council promptly establish binding, uniform technical guidelines and competency certification standards.

Keywords: *Legal Certainty; General Practitioner Authority; Medical Aesthetic Services; Primary Care Clinic, Indonesia*

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara hukum (*rechtsstaat*) yang menempatkan hak asasi manusia, termasuk hak atas kesehatan, sebagai bagian dari konstruksi dasar bernegara sebagaimana tercantum dalam Pasal 28H Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. World Health Organization mendefinisikan kesehatan bukan sekadar ketiadaan penyakit, melainkan keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan individu produktif secara sosial maupun ekonomi (World Health Organization, 1948). Pengertian ini kemudian diserap ke dalam Pasal 1 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan kesehatan sebagai hak dasar yang wajib dijamin negara melalui penyediaan pelayanan kesehatan yang adil, merata, dan bermutu.

Tenaga medis, termasuk dokter umum, menempati posisi sentral dalam pemenuhan hak atas kesehatan tersebut. Pasal 1 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mendefinisikan tenaga medis sebagai individu yang berdedikasi di bidang kesehatan, memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan dari pendidikan profesi kedokteran, serta memiliki kewenangan untuk melaksanakan upaya kesehatan. Seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan meningkatnya kebutuhan masyarakat akan penampilan dan kesehatan kulit, muncul cabang baru dalam praktik kedokteran, yaitu estetika medis, yang kini digemari dan banyak diselenggarakan oleh dokter umum melalui praktik mandiri maupun klinik pratama (Hargianti Dini Ikhwanti, 2022).

Persoalannya, regulasi yang mengatur praktik kedokteran, yaitu Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, bersifat umum dan belum secara eksplisit mendefinisikan atau mengklasifikasikan estetika medis sebagai cabang pelayanan tersendiri. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2024 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan sempat menjadi satu-satunya norma setingkat peraturan menteri yang secara eksplisit mengakui keberadaan pelayanan estetika kedokteran di Klinik Pratama, namun ketentuan tersebut kemudian dicabut dan digantikan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan dalam kurun waktu yang relatif singkat. Kedua regulasi tersebut tetap belum memuat definisi operasional, klasifikasi prosedur berdasarkan risiko, maupun standar kompetensi spesifik bagi dokter umum di bidang estetika, sehingga menciptakan kondisi ketidakjelasan norma (*norm obscurity*) yang berpotensi menimbulkan ketidakpastian hukum (Dian Andriawan Daeng Tawang, 2023; Erni Yanti, 2020b).

Urgensi persoalan ini semakin nyata dalam kasus dr. Elisabeth Susana di Makassar, seorang dokter umum yang melakukan penyuntikan filler pada hidung pasien hingga berujung pada komplikasi kebutaan permanen. Pengadilan Negeri Makassar sempat membebaskan terdakwa

dengan pertimbangan bahwa kebutaan adalah komplikasi medis alami, namun Mahkamah Agung dalam Putusan Nomor 233 K/Pid.Sus/2021 membatalkan putusan tersebut dan menyatakan terdakwa terbukti lalai karena tidak bertindak sesuai standar profesi dan prosedur medis yang aman pada area berisiko tinggi (Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 233 K/Pid.Sus/2021). Putusan ini menegaskan bahwa estetika medis merupakan tindakan medis yang menuntut keahlian, kehati-hatian, dan tanggung jawab hukum tinggi, bukan sekadar prosedur kosmetik biasa, sekaligus memperlihatkan risiko hukum nyata yang dihadapi dokter umum ketika batas kewenangannya tidak diatur secara jelas (Ramli, 2022; Puteri Hikmawati, 2021).

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini merumuskan dua permasalahan, yaitu: (1) bagaimana kedudukan pelayanan estetika medis dalam pengaturan praktik kedokteran di Indonesia; dan (2) bagaimana kejelasan kewenangan dokter umum terkait batasan pelayanan estetika medis yang dapat dilakukannya. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaturan hukum yang berlaku serta menganalisis batas kewenangan dokter umum dalam pelayanan estetika medis guna mewujudkan kepastian hukum bagi tenaga medis maupun pasien.

Sejumlah penelitian terdahulu telah menyinggung isu estetika medis, namun dengan fokus berbeda. Manawa Salwa Fadilla (2019) meneliti bedah plastik estetika berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 yang kini telah dicabut, sehingga tidak menjawab dinamika regulasi terbaru. Olga Stephanie (2017) menggunakan metode penelitian hukum empiris dengan lokus di klinik kecantikan Semarang, berbeda dengan penelitian normatif ini. Melinda Beatrix Girsang (2022) berfokus pada kesadaran hukum masyarakat terhadap tindakan estetika di salon kecantikan, sedangkan penelitian ini menyoroti secara spesifik batas kewenangan dokter umum sebagai tenaga medis profesional dengan izin praktik yang sah, menggunakan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Permenkes Nomor 11 Tahun 2025 sebagai dasar hukum yang berlaku saat ini. Kebaruan penelitian ini terletak pada analisis lintas rezim regulasi (kesehatan, praktik kedokteran, perizinan berusaha berbasis risiko) yang diuji dengan teori kepastian hukum Lon Fuller.

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan memberi kontribusi bagi pengembangan ilmu hukum kesehatan dan profesi kedokteran, mengingat kajian mengenai kewenangan dokter umum dalam pelayanan estetika medis masih tergolong baru dan belum banyak dibahas secara komprehensif dalam literatur hukum Indonesia. Secara praktis, penelitian ini diharapkan memberikan pemahaman yang jelas bagi dokter umum mengenai kewenangan, tanggung jawab, dan kewajiban hukum dalam pelayanan estetika; menyediakan bahan pertimbangan bagi organisasi profesi dan pemangku kebijakan dalam menyusun regulasi yang lebih realistis; serta meningkatkan kesadaran masyarakat dan pasien mengenai hak untuk memperoleh pelayanan estetika medis yang aman, legal, dan sesuai standar medis.

LANDASAN TEORI

A. Konsep Dokter Umum dan Pelayanan Estetika Medis

Dokter umum merupakan tenaga medis yang memiliki kompetensi dasar kedokteran untuk memberikan pelayanan kesehatan primer, sebagaimana dikategorikan dalam Pasal 1 Angka 6 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Kewenangan dokter umum baru lahir setelah terpenuhinya persyaratan hukum berupa Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan Konsil Kedokteran Indonesia dan Surat Izin Praktik (SIP) dari pemerintah daerah, sehingga kewenangan tersebut bersifat atribusi dan

delegasi dari negara, bukan semata kemampuan ilmiah pribadi. Ruang lingkup kewenangan dokter umum selanjutnya dirumuskan dalam Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang ditetapkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (Konsil Kedokteran Indonesia, 2012), serta dibatasi oleh norma etik dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia yang ditetapkan Ikatan Dokter Indonesia (Ikatan Dokter Indonesia, 2012).

Untuk menjadi dokter umum, seseorang wajib menempuh pendidikan kedokteran melalui dua tahap, yaitu tahap akademik yang menghasilkan gelar Sarjana Kedokteran dan tahap profesi (koasistensi) yang membentuk kompetensi klinis, keterampilan medis, serta sikap profesional. Kelulusan tahap profesi ditentukan melalui Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter sebagai mekanisme evaluasi nasional, sehingga status dokter umum tidak diperoleh otomatis dari kelulusan institusi pendidikan semata, melainkan melalui proses pengujian kompetensi yang terukur dan seragam secara nasional. Struktur berlapis ini menegaskan bahwa kewenangan dokter umum senantiasa berada dalam kerangka pengawasan negara, sejalan dengan prinsip negara hukum yang menuntut legitimasi formal bagi setiap tindakan yang menyangkut keselamatan manusia.

Estetika medis atau medical aesthetics merupakan cabang kedokteran yang berorientasi pada peningkatan penampilan dan kepercayaan diri pasien melalui prosedur berbasis evidence-based medicine, berbeda dengan bedah plastik rekonstruktif yang berorientasi pada perbaikan fungsi (Galęba et al., 2015). Bidang ini melibatkan spektrum prosedur yang luas, mulai dari perawatan topikal non-invasif hingga prosedur berbasis energi dan injeksi yang memerlukan keterampilan klinis spesifik (Devgan, Singh, & Durairaj, 2019). Pertumbuhan pesat permintaan pasar terhadap layanan ini di satu sisi mendorong inovasi teknologi kedokteran, namun di sisi lain menuntut kejelasan batas kompetensi agar tidak terjadi pergeseran orientasi dari keselamatan pasien menjadi semata pemenuhan permintaan komersial (Ahmad Ramli, 2022).

Klinik sebagai fasilitas pelayanan kesehatan didefinisikan Pasal 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik. Klinik Pratama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis dasar oleh dokter umum, dan berdasarkan Permenkes Nomor 17 Tahun 2024 yang kemudian digantikan Permenkes Nomor 11 Tahun 2025, Klinik Pratama dapat menyediakan pelayanan estetika kedokteran selain pelayanan medik dasar sesuai kompetensi dokter yang bertugas. Ketentuan ini menjadi dasar hukum utama beroperasinya sebagian besar klinik kecantikan yang dikelola dokter umum di Indonesia, sekaligus menjadi titik krusial yang dianalisis dalam penelitian ini karena pengakuannya belum diikuti pedoman teknis yang memadai.

B. Teori Kewenangan

Philipus M. Hadjon membedakan antara kewenangan (*bevoegdheid*) yang bersumber dari hukum publik dan hak (*recht*) yang bersumber dari hukum keperdataan.

Menurut Hadjon, kewenangan diperoleh melalui tiga sumber utama, yaitu atribusi, delegasi, dan mandat (Hadjon, 1993). Atribusi merupakan pemberian kewenangan baru secara langsung oleh peraturan perundang-undangan, sebagaimana kewenangan dokter umum yang melekat setelah memenuhi syarat pendidikan, registrasi, dan perizinan berdasarkan Pasal 35 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Delegasi adalah pelimpahan wewenang yang disertai peralihan tanggung jawab hukum sepenuhnya kepada penerima delegasi, sedangkan mandat merupakan pelimpahan tugas teknis yang tanggung jawab akhirnya tetap berada pada pemberi mandat (Fachruddin, 2004). Ateng Syafrudin (2000) menegaskan bahwa kewenangan (*authority/gezag*) merupakan kekuasaan formal yang bersumber dari undang-undang, sedangkan wewenang (*competence/bevoegdheid*) hanyalah bagian tertentu dari kewenangan yang lebih besar. Prajudi Atmosudirdjo (1994) mendefinisikan kewenangan sebagai hak untuk bertindak yang diberikan undang-undang kepada pejabat atau badan hukum publik untuk melakukan tindakan hukum di bidang pemerintahan.

Ketiga sumber kewenangan tersebut memiliki relevansi langsung terhadap praktik estetika medis oleh dokter umum. Kewenangan atributif memberikan legitimasi dasar bagi dokter umum untuk berpraktik sesuai kompetensinya, namun perluasan kewenangan ke bidang estetika lazimnya terjadi melalui pelatihan dan sertifikasi tambahan yang secara konseptual mendekati mekanisme delegasi kewenangan klinis dari fasilitas pelayanan kesehatan. Persoalannya, mekanisme delegasi tersebut baru dapat berjalan secara sah dan terukur apabila regulasi teknis mengatur secara rinci prosedur, syarat, dan batas pelimpahannya, sesuatu yang hingga kini belum tersedia secara memadai dalam kerangka hukum kesehatan Indonesia.

C. Teori Tanggung Jawab Profesi

Tanggung jawab profesi dokter dapat dijelaskan melalui etika deontologis Immanuel Kant, yang menekankan bahwa suatu tindakan dinilai benar bukan semata dari akibatnya, melainkan dari kewajiban moral yang melekat pada pelakunya (Tjahjadi, 1991). Dalam konteks profesi medis, tanggung jawab tersebut mencakup kewajiban terhadap pasien untuk memberikan layanan terbaik, kewajiban terhadap profesi untuk memelihara standar dan kompetensi, serta kewajiban terhadap masyarakat untuk mencegah bahaya. Prinsip *non-maleficensi* (*primum non nocere*) yang dikembangkan Childress dan Beauchamp (2019) menegaskan bahwa dokter tidak boleh melakukan tindakan yang risikonya melebihi manfaatnya, sekalipun pasien menyetujuinya, karena persetujuan pasien tidak menghapus kewajiban etis dokter untuk bertindak dalam batas kompetensinya.

Sebuah profesi, termasuk profesi kedokteran, dicirikan oleh keahlian yang diperoleh melalui pendidikan khusus, kode etik yang mengontrol perilaku, organisasi profesi yang menjaga standar, serta orientasi karier jangka panjang yang berorientasi pada pelayanan masyarakat. Ciri-ciri tersebut menempatkan dokter umum yang berpraktik

estetika medis pada posisi yang menuntut kejelasan mengenai pola perilaku yang baik, sebab kegagalan memenuhi tanggung jawab profesi tidak hanya berimplikasi etis, tetapi juga dapat menimbulkan konsekuensi hukum yang serius, sebagaimana tercermin dalam kasus dr. Elisabeth Susana. Dalam praktik estetika medis, tanggung jawab profesional dokter umum mencakup penilaian yang tepat terhadap kondisi pasien sebelum tindakan, penjelasan risiko dan manfaat secara jujur, serta kesediaan menolak melakukan prosedur yang berada di luar kompetensinya meskipun terdapat tekanan permintaan pasar.

D. Teori Kepastian Hukum Lon L. Fuller

Lon L. Fuller dalam karyanya *The Morality of Law* mengemukakan delapan prinsip moralitas internal hukum sebagai syarat agar hukum mampu menjalankan fungsinya mengatur perilaku manusia secara adil dan rasional (Fuller, 1964), yaitu: (1) hukum harus bersifat umum; (2) hukum harus diumumkan; (3) hukum tidak boleh berlaku surut; (4) hukum harus dapat dipahami; (5) hukum tidak boleh saling bertentangan; (6) hukum tidak boleh menuntut hal yang mustahil; (7) hukum harus stabil; dan (8) hukum harus diterapkan sesuai rumusan yang ada. Fuller menegaskan bahwa pelanggaran terhadap satu atau lebih prinsip tersebut menyebabkan sistem hukum kehilangan legitimasinya sebagai hukum yang bermoral dan adil. Teori ini relevan untuk menilai apakah pengaturan kewenangan dokter umum dalam pelayanan estetika medis telah memenuhi standar kepastian hukum, sekaligus menjadi pisau analisis utama dalam penelitian ini (Fila Rahmat Dhiva Ammade, dkk., 2023).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian hukum yuridis normatif yang menempatkan hukum sebagai norma yang berlaku dalam masyarakat, dengan sifat penelitian deskriptif analitis dan bentuk penelitian kepustakaan (*library research*). Pendekatan yang digunakan meliputi pendekatan perundang-undangan (*statute approach*) untuk mengkaji Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004, serta Permenkes Nomor 11 Tahun 2025; pendekatan konseptual (*conceptual approach*) untuk menelaah konsep kewenangan dan tanggung jawab profesi; dan pendekatan kasus (*case approach*) melalui Putusan Mahkamah Agung Nomor 233 K/Pid.Sus/2021.

Bahan hukum yang digunakan terdiri atas bahan hukum primer berupa peraturan perundang-undangan dan putusan pengadilan; bahan hukum sekunder berupa doktrin, jurnal ilmiah, dan literatur akademik; serta bahan hukum tersier berupa kamus hukum. Sebagai data pelengkap, penelitian ini melakukan wawancara terbatas terhadap tiga narasumber terpilih secara purposif, yaitu unsur Dinas Kesehatan, organisasi profesi Ikatan Dokter Indonesia Cabang Badung, dan Perhimpunan Dokter Anti-Penuaan, Wellness, Estetik dan Regeneratif Indonesia (PERDAWERI), untuk mengonfirmasi bahwa ketidakjelasan norma yang ditemukan secara normatif juga dirasakan dalam praktik nyata. Kedudukan data wawancara ini bersifat pelengkap (*complementary data*) yang memperkuat validitas analisis normatif, bukan sebagai sumber bahan hukum yang berdiri sendiri sebagaimana lazim digunakan dalam penelitian hukum empiris.

Bahan hukum yang telah terkumpul dianalisis secara deduktif, yaitu mengkaji permasalahan hukum berlandaskan konsep dan teori kemudian menerapkannya untuk menjelaskan atau membandingkan bahan hukum yang bersifat khusus. Tahapan analisis meliputi: (a) mengidentifikasi fakta hukum dan mengevaluasi hal-hal yang tidak relevan untuk menetapkan isu hukum yang dikaji; (b) menghimpun bahan hukum yang relevan dan mencocokkannya dengan bahan non-hukum pendukung; (c) melakukan analisis terhadap isu hukum yang telah dirumuskan berdasarkan bahan hukum yang terkumpul; (d) menarik kesimpulan berupa pendapat ilmiah untuk menjawab isu hukum yang diteliti; dan (e) memberikan rekomendasi terkait permasalahan yang dikaji berdasarkan argumentasi yang telah dibangun.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pengaturan Hukum Pelayanan Estetika Medis di Indonesia

Penyelenggaraan praktik kedokteran di Indonesia bertumpu pada empat lapis regulasi yang saling berinteraksi. Lapisan pertama adalah undang-undang, yaitu Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menetapkan prinsip dasar bahwa setiap dokter wajib memiliki Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik serta menjalankan praktik sesuai standar profesi dan kompetensinya. Lapisan kedua adalah peraturan teknis Menteri Kesehatan; Permenkes Nomor 17 Tahun 2024 sebelumnya menjadi satu-satunya norma setingkat menteri yang secara eksplisit mengakui bahwa Klinik Pratama dapat menyelenggarakan pelayanan estetika kedokteran, yang kemudian dicabut dan digantikan Permenkes Nomor 11 Tahun 2025 dengan restrukturisasi ke dalam kerangka Perizinan Berusaha Berbasis Risiko yang lebih sistematis, termasuk klasifikasi klinik kecantikan ke dalam kode KBLI 86105 dan pengaturan sanksi administratif berjenjang. Lapisan ketiga adalah regulasi profesi berupa Standar Kompetensi Dokter Indonesia dan Kode Etik Kedokteran Indonesia, dan lapisan keempat adalah regulasi fasilitas berupa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik.

Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang ditetapkan Konsil Kedokteran Indonesia membagi kompetensi dokter umum ke dalam tujuh area utama, yaitu profesionalitas, mawas diri dan pengembangan diri, komunikasi efektif, pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, keterampilan klinis, serta pengelolaan masalah kesehatan (Konsil Kedokteran Indonesia, 2012). Ketujuh area tersebut menjadi tolok ukur kesesuaian tindakan dokter umum dengan standar profesi, namun tidak memuat rincian khusus mengenai kompetensi estetika medis. Di sisi lain, Kode Etik Kedokteran Indonesia yang ditetapkan Ikatan Dokter Indonesia menekankan kewajiban dokter untuk senantiasa meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta memperoleh persetujuan pasien yang memadai sebelum melakukan tindakan (Ikatan Dokter Indonesia, 2012), namun kode etik ini juga bersifat umum dan tidak dirancang khusus untuk menjawab kompleksitas risiko pada prosedur estetika.

Secara keseluruhan, instrumen hukum yang ada telah memberikan kerangka dasar penyelenggaraan praktik kedokteran, tetapi belum satu pun yang secara tegas dan komprehensif mengatur batasan kewenangan dokter umum dalam pelayanan estetika medis (Hargianti Dini Ikhwanti, 2022). Kondisi ini sejalan dengan temuan Erni Yanti (2020a) yang membandingkan pengaturan estetika medis di Indonesia dengan Singapura, Malaysia, dan Korea Selatan, di mana ketiga negara pembanding tersebut telah memiliki klasifikasi risiko dan standar kompetensi yang lebih rinci bagi dokter umum yang berpraktik di bidang estetika. Perbandingan ini memperlihatkan

bahwa kekosongan norma di Indonesia bukan disebabkan oleh ketiadaan model regulasi yang dapat dirujuk, melainkan oleh lambatnya proses harmonisasi antara regulasi kesehatan umum dengan kebutuhan teknis spesifik bidang estetika medis.

Penyelenggaraan praktik kedokteran di Indonesia mensyaratkan dua instrumen administratif utama, yaitu Surat Tanda Registrasi yang diterbitkan Konsil Kedokteran Indonesia setelah dokter dinyatakan lulus uji kompetensi, dan Surat Izin Praktik yang diterbitkan pemerintah daerah berdasarkan rekomendasi organisasi profesi. Kedua instrumen ini menjadi syarat mutlak legalitas praktik kedokteran, termasuk bagi dokter umum yang menyelenggarakan pelayanan estetika medis. Namun demikian, kedua instrumen tersebut hanya menjamin legalitas praktik kedokteran secara umum dan tidak secara khusus memverifikasi kompetensi tambahan di bidang estetika, sehingga keberadaannya belum cukup untuk menjawab kebutuhan kepastian hukum yang spesifik pada pelayanan estetika medis.

Perbandingan dengan pengalaman regulasi bidang kesehatan lain di Indonesia turut memperkuat argumen ini. Praktik akupunktur, misalnya, sempat mengalami ketidakjelasan norma serupa sebelum akhirnya memperoleh kepastian hukum melalui kehadiran tiga elemen regulasi yang saling menopang: payung hukum setingkat peraturan pemerintah melalui Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional, standar kompetensi resmi yang ditetapkan Konsil Kedokteran Indonesia melalui Keputusan Nomor 46/KKI/KEP/IV/2008, serta instrumen perizinan operasional berupa Surat Izin Praktik Akupunktur Terapis sebagaimana diatur Permenkes Nomor 34 Tahun 2018. Pola tiga elemen regulasi yang saling menopang inilah yang belum sepenuhnya hadir dalam pengaturan estetika medis, di mana elemen ketiga berupa instrumen perizinan operasional yang menyelaraskan kompetensi klinis dengan izin usaha klinik masih menjadi mata rantai yang hilang.

B. Ketidakjelasan Norma dalam Pengaturan Kewenangan Dokter Umum

Meskipun Permenkes Nomor 11 Tahun 2025 mempertahankan prinsip pengakuan pelayanan estetika kedokteran di Klinik Pratama yang telah dirintis Permenkes Nomor 17 Tahun 2024, ketentuan mengenai pedoman teknis penyelenggaraan yang meliputi definisi operasional, klasifikasi prosedur berdasarkan tingkat risiko, dan standar kompetensi spesifik bagi dokter umum masih belum ditetapkan secara konkret. Fakta bahwa Permenkes Nomor 17 Tahun 2024 digantikan Permenkes Nomor 11 Tahun 2025 dalam kurun waktu yang relatif singkat mencerminkan dinamika regulasi yang tinggi dan belum stabil, sehingga bertentangan dengan prinsip stabilitas hukum yang disyaratkan Fuller (1964). Ketiadaan pedoman teknis dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan menyebabkan norma pengakuan tersebut belum dapat dioperasionalkan secara konkret di lapangan, sehingga dokter umum dan pemilik klinik kesulitan menentukan prosedur mana yang boleh dan tidak boleh dilakukan (Dian Andriawan Daeng Tawang, 2023).

Ketidakjelasan norma ini juga berimplikasi pada variasi penerapan ketentuan di berbagai daerah. Pada satu wilayah, dinas kesehatan setempat dapat menafsirkan pengakuan pelayanan estetika kedokteran di Klinik Pratama secara luas, sementara di wilayah lain penafsiran tersebut dilakukan secara sangat terbatas karena kekhawatiran terhadap risiko malpraktik. Variasi penafsiran demikian bertentangan dengan prinsip keseragaman (*generality*) dan prinsip congruence Fuller (1964), yang mensyaratkan bahwa hukum yang sama harus diterapkan secara konsisten kepada subjek yang berada dalam situasi serupa. Kondisi ini pada gilirannya menimbulkan ketidakadilan struktural, karena dokter umum di suatu daerah dapat leluasa berpraktik estetika

sementara dokter umum di daerah lain menghadapi pembatasan yang lebih ketat atas dasar norma yang secara tekstual sama.

C. Kewenangan dan Batas-Batas Kewenangan Dokter Umum dalam Pelayanan Estetika Medis

Kewenangan dokter umum dalam pelayanan estetika medis secara prinsip memiliki landasan atribusi berdasarkan Pasal 35 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 juncto Pasal 237 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, yang menyatakan bahwa dokter umum berwenang melakukan praktik kedokteran sesuai kompetensinya. Kewenangan tersebut dapat diperluas melalui sertifikasi kompetensi tambahan di bidang estetika, seperti pelatihan injeksi filler, botulinum toxin, atau tindakan berbasis energi. Namun, belum terdapat regulasi spesifik yang mengatur mekanisme pelimpahan kewenangan (delegasi) tersebut, sehingga pelaksanaannya di lapangan masih bersifat subjektif meskipun Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 mensyaratkan kewenangan klinis ditetapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk memberikan pemahaman yang lebih konkret dan operasional, prosedur estetika medis perlu diklasifikasikan berdasarkan tingkat invasivitas dan risikonya, sebagaimana disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Klasifikasi Prosedur Estetika Medis Berdasarkan Tingkat Invasivitas dan Batas Kewenangan Dokter Umum

Kategori Prosedur	Contoh Tindakan	Batas Kewenangan Dokter Umum
Non-invasif	Perawatan kulit topikal, radiofrequency non-ablative, low-level laser therapy, chemical peeling ringan	Dapat dilakukan dengan pelatihan memadai
Minimal invasif	Injeksi botulinum toxin, dermal filler, microneedling, thread lift (PDO), chemical peeling medium-depth, laser ablative	Memerlukan sertifikasi kompetensi tambahan yang terverifikasi
Invasif (bedah)	Blepharoplasty, rhinoplasty, facelift, liposuction, breast augmentation	Domain eksklusif dokter spesialis bedah plastik/terkait

Sumber: diolah dari hasil penelitian, mengacu pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (KKI, 2012) dan Peraturan KKI Nomor 74 Tahun 2020

Prosedur non-invasif memiliki profil risiko relatif rendah sehingga dengan pelatihan memadai dokter umum pada dasarnya dapat melaksanakannya dalam kerangka kompetensinya. Prosedur minimal invasif melibatkan penetrasi jarum atau alat ke jaringan kulit dan subkutan dengan risiko komplikasi vaskular yang signifikan, termasuk risiko kebutaan sebagaimana terjadi dalam kasus dr. Elisabeth Susana, sehingga kewenangan dokter umum untuk kategori ini mensyaratkan pelatihan spesifik, intensif, dan terverifikasi, termasuk pemahaman anatomi vaskular wajah dan manajemen komplikasi (Cobo, 2020). Adapun prosedur bedah estetika seperti blepharoplasty, rhinoplasty, dan facelift secara tegas berada di luar kewenangan dokter umum dan merupakan domain eksklusif dokter spesialis, sebagaimana ditegaskan Pasal 51 huruf a Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Dari perspektif etika profesi, Kode Etik Kedokteran Indonesia menegaskan bahwa dokter hanya boleh melakukan tindakan medis sesuai kompetensinya dan wajib merujuk pasien apabila

kondisinya memerlukan penanganan di luar kemampuannya (Ikatan Dokter Indonesia, 2012). Prinsip non-malefisensi turut membatasi kewenangan dokter umum secara etis, karena persetujuan pasien (informed consent) sekalipun telah diberikan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran tidak menghapuskan kewajiban dokter untuk bertindak dalam batas kompetensinya (Komalawati, 2002; Childress & Beauchamp, 2019).

Dari perspektif tanggung jawab hukum, hubungan dokter dan pasien dalam pelayanan estetika medis lazim dikonstruksikan sebagai perikatan upaya (inspanningsverbintenis) yang tidak menjamin hasil tertentu. Namun, sebagaimana ditunjukkan Putusan Mahkamah Agung Nomor 233 K/Pid.Sus/2021, kelalaian dokter dalam bertindak sesuai standar profesi pada prosedur berisiko tinggi dapat menimbulkan tanggung jawab pidana, khususnya berdasarkan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana yang kini menggantikan ketentuan lama Kitab Undang-Undang Hukum Pidana warisan kolonial. Hal ini menegaskan bahwa praktik estetika medis oleh dokter umum bukan sekadar aktivitas komersial, melainkan tindakan medis yang membawa konsekuensi hukum serius apabila dilakukan di luar batas kompetensi (Puteri Hikmawati, 2021; Ramli, 2022). Dalam ranah hukum perdata, pasien yang dirugikan akibat prosedur estetika yang gagal dapat menempuh gugatan wanprestasi maupun perbuatan melawan hukum apabila terbukti terdapat kelalaian yang menyimpang dari standar profesi, sehingga konstruksi inspanningsverbintenis tidak menghapuskan tanggung jawab dokter untuk melaksanakan tindakan sesuai kompetensi dan kehati-hatian yang wajar.

Di samping tanggung jawab hukum perdata dan pidana, dokter umum yang diduga melakukan pelanggaran disiplin profesi dalam praktik estetika medis dapat diperiksa oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), yang berwenang menjatuhkan sanksi disiplin berjenjang mulai dari peringatan tertulis hingga pencabutan sementara Surat Tanda Registrasi. Keberadaan mekanisme disiplin profesi ini melengkapi jalur pertanggungjawaban hukum perdata dan pidana, sehingga terdapat tiga jalur akuntabilitas yang dapat ditempuh pasien maupun negara terhadap dokter umum yang lalai dalam pelayanan estetika medis. Ketiga jalur tersebut idealnya bekerja secara komplementer, namun efektivitasnya tetap bergantung pada kejelasan norma substantif mengenai batas kewenangan dokter umum yang menjadi pokok bahasan penelitian ini.

Doktrin informed consent turut menjadi batas kewenangan penting yang bersumber dari hukum perdata, sebagaimana diatur dalam Pasal 45 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Doktrin ini mewajibkan dokter memberikan penjelasan yang jelas dan komprehensif kepada pasien mengenai prosedur, risiko, dan alternatif tindakan sebelum memperoleh persetujuan (Komalawati, 2002). Dalam konteks estetika medis, kewajiban ini memiliki dimensi tambahan yang khas, yaitu dokter umum berkewajiban menjelaskan kepada pasien apakah prosedur yang diminta berada dalam batas kompetensinya atau sebaiknya dirujuk kepada dokter spesialis yang lebih kompeten. Ketiadaan pedoman teknis mengenai klasifikasi risiko prosedur turut menyulitkan pemenuhan kewajiban informed consent secara memadai, karena dokter umum sendiri tidak memiliki acuan baku untuk menjelaskan tingkat risiko suatu tindakan kepada pasien secara akurat dan seragam.

Untuk memperkuat validitas analisis normatif, penelitian ini melakukan wawancara konfirmatif terhadap tiga narasumber purposif, yaitu unsur Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Denpasar, Wakil Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Cabang Badung, dan pengurus Perhimpunan Dokter Anti-Penuaan, Wellness, Estetik dan Regeneratif Indonesia (PERDAWERI). Ketiganya secara konsisten mengonfirmasi bahwa ketidakjelasan norma yang

teridentifikasi secara tekstual dalam penelitian ini juga dirasakan secara nyata dalam praktik sehari-hari.

Narasumber dari Dinas Kesehatan menegaskan bahwa instansinya tidak memiliki kewenangan untuk menetapkan jenis sertifikat kompetensi tertentu sebagai syarat praktik estetika, karena kewenangan tersebut sepenuhnya berada pada Kementerian Kesehatan atau organisasi profesi yang diakui secara resmi. Narasumber menggunakan analogi perkembangan regulasi praktik akupunktur, yang semula juga mengalami kekosongan norma namun kini telah memperoleh kepastian hukum melalui tiga elemen regulasi yang saling menopang, yakni payung hukum setingkat peraturan pemerintah, standar kompetensi resmi dari Konsil Kedokteran Indonesia, dan instrumen perizinan operasional berupa Surat Izin Praktik Akupunktur Terapis. Menurut narasumber, elemen ketiga inilah yang belum hadir dalam pengaturan estetika medis, sehingga menciptakan kesenjangan (*legal lag*) antara penerbitan izin klinik dan verifikasi kewenangan klinis dokter umum yang berpraktik di dalamnya.

Narasumber dari IDI Cabang Badung menyoroti bahwa persoalan utama bukan terletak pada kompetensi klinis dokter umum, melainkan pada ketidakjelasan prosedur formal untuk memperoleh Surat Keterangan Kompetensi Tambahan (SKKT) yang disyaratkan Permenkes Nomor 11 Tahun 2025, termasuk institusi yang berwenang menerbitkan, dokumen yang dipersyaratkan, serta lembaga yang bertugas memverifikasi kompetensi tersebut. Kondisi ini selaras dengan konsep norma yang tidak dapat dipatuhi (*impossibility of compliance*) dalam kerangka teori Fuller (1964), yakni keadaan di mana hukum menuntut pemenuhan suatu kewajiban namun belum menyediakan mekanisme yang memungkinkan pemenuhannya, sehingga dokter umum yang berkehendak baik pun tidak dapat memenuhi persyaratan yang ada.

Adapun narasumber dari PERDAWARI menekankan ketidakoperasionalan mekanisme perolehan kewenangan tambahan di bidang estetika medis sebagai hambatan struktural yang dihadapi organisasi profesi dalam menstandarisasi kurikulum pelatihan anggotanya. Ketiga narasumber secara bulat berpandangan bahwa solusi atas ketidakpastian hukum ini harus datang dari pembenahan normatif di tingkat pusat berupa pedoman teknis yang mengikat, bukan dari inisiatif atau inovasi kebijakan di tingkat daerah maupun organisasi profesi secara sendiri-sendiri, karena keduanya tidak memiliki dasar kewenangan yang cukup untuk mengisi kekosongan norma tersebut.

D. Analisis Kepastian Hukum Berdasarkan Delapan Prinsip Lon L. Fuller

Apabila diuji dengan delapan prinsip moralitas hukum Fuller (1964), pengaturan kewenangan dokter umum dalam pelayanan estetika medis di Indonesia mengalami defisiensi pada beberapa dimensi penting. Prinsip kejelasan (hukum harus dapat dipahami) belum terpenuhi karena tidak adanya definisi operasional estetika medis maupun klasifikasi prosedur berdasarkan risiko dalam peraturan yang berlaku, sehingga dokter umum maupun dinas kesehatan daerah tidak memiliki acuan tekstual yang sama dalam menafsirkan batas kewenangan yang diakui hukum. Prinsip stabilitas hukum turut terganggu akibat pencabutan Permenkes Nomor 17 Tahun 2024 dan pengantiannya dengan Permenkes Nomor 11 Tahun 2025 dalam kurun waktu singkat tanpa disertai pengaturan teknis yang memadai, sehingga pelaku usaha dan tenaga medis kesulitan merencanakan kepatuhan jangka panjang atas dasar regulasi yang terus berubah.

Prinsip congruence atau kesesuaian antara norma dan pelaksanaannya juga belum terwujud, karena ketiadaan pedoman teknis menyebabkan penerapan norma pengakuan pelayanan

estetika di Klinik Pratama berbeda-beda di berbagai daerah, sebagaimana dikonfirmasi oleh narasumber penelitian ini. Selain itu, prinsip bahwa hukum tidak boleh menuntut hal yang mustahil turut dilanggar dalam kasus kewajiban memperoleh Surat Keterangan Kompetensi Tambahan, di mana norma mewajibkan pemenuhan suatu syarat administratif namun belum menyediakan mekanisme, institusi, maupun prosedur yang memungkinkan dokter umum memenuhi kewajiban tersebut secara nyata. Keempat kelemahan ini saling berkelindan dan memperlihatkan bahwa persoalan bukan terletak pada ketiadaan pengakuan yuridis terhadap pelayanan estetika medis, melainkan pada rendahnya kualitas moralitas internal hukum yang mengaturnya.

Dengan demikian, sistem regulasi yang ada belum memenuhi standar kepastian hukum yang komprehensif menurut ukuran Fuller, sehingga menempatkan dokter umum pada posisi hukum yang rentan dan berpotensi merugikan pasien sebagai penerima layanan. Sebagaimana ditegaskan Fila Rahmat Dhiva Ammade dkk. (2023), penegakan prinsip-prinsip moralitas hukum Fuller di Indonesia pada umumnya masih menghadapi tantangan struktural berupa lambatnya harmonisasi antara norma tingkat pusat dan kebutuhan implementasi di tingkat daerah, suatu pola yang juga tercermin secara spesifik dalam pengaturan kewenangan dokter umum pada pelayanan estetika medis.

E. Upaya Mewujudkan Kepastian Hukum Kewenangan Dokter Umum dalam Pelayanan Estetika Medis

Mengatasi ketidakjelasan norma yang telah diuraikan memerlukan langkah kolaboratif lintas lembaga. Pertama, Kementerian Kesehatan bersama Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan perlu segera menetapkan pedoman teknis pelayanan estetika kedokteran dalam kerangka Permenkes Nomor 11 Tahun 2025, yang memuat definisi operasional, klasifikasi prosedur berdasarkan tingkat risiko sebagaimana disajikan pada Tabel 1, serta standar kompetensi tambahan bagi dokter umum. Kedua, Konsil Kedokteran Indonesia perlu menetapkan standar sertifikasi kompetensi estetika medis yang seragam dan mengikat secara nasional, sejalan dengan kewenangannya menetapkan Standar Kompetensi Dokter Spesialis Dermatologi, Venereologi, dan Estetika melalui Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 99 Tahun 2021, yang prinsipnya dapat diadaptasi menjadi acuan sertifikasi tambahan bagi dokter umum. Ketiga, organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia, Perhimpunan Dokter Estetika Indonesia, dan PERDAWERI perlu berkolaborasi aktif menyusun kurikulum minimum dan mekanisme uji kompetensi yang seragam, sehingga sertifikasi yang diperoleh dokter umum memiliki pengakuan hukum yang jelas dan tidak lagi bersifat sepihak dari masing-masing lembaga pelatihan.

Dalam jangka panjang, diperlukan regulasi khusus setingkat peraturan pemerintah yang mengatur pelayanan estetika medis secara komprehensif, mencakup perizinan, standar kompetensi berjenjang sesuai klasifikasi risiko prosedur, mekanisme pengawasan berkelanjutan, tanggung jawab hukum, dan perlindungan pasien secara terpadu. Regulasi yang demikian akan memenuhi kedelapan prinsip moralitas hukum Fuller (1964) sekaligus menutup celah ketidakpastian hukum yang selama ini menempatkan dokter umum pada posisi rentan dan pasien pada risiko yang tidak proporsional. Bagi dokter umum yang telah menyelenggarakan layanan estetika medis, langkah mitigasi jangka pendek yang dapat ditempuh adalah memastikan setiap prosedur berada dalam lingkup kompetensi yang telah disertifikasi, menerapkan informed consent secara komprehensif dan terdokumentasi, serta merujuk pasien kepada dokter spesialis apabila kondisi pasien melampaui batas kemampuannya.

KESIMPULAN

Pengaturan hukum pelayanan estetika medis di Indonesia tersusun dalam beberapa lapisan regulasi, mulai dari Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, hingga Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2025 yang menggantikan Permenkes Nomor 17 Tahun 2024, serta Standar Kompetensi Dokter Indonesia dan Kode Etik Kedokteran Indonesia. Meskipun pengakuan terhadap pelayanan estetika kedokteran di Klinik Pratama dipertahankan, ketentuan mengenai definisi operasional, klasifikasi prosedur berdasarkan risiko, dan standar kompetensi spesifik masih belum ditetapkan secara konkret, sehingga menimbulkan ketidakjelasan norma yang berkelanjutan.

Kewenangan dokter umum dalam pelayanan estetika medis secara prinsip memiliki landasan atribusi yang dapat diperluas melalui sertifikasi kompetensi tambahan, dengan batas yang dibedakan berdasarkan klasifikasi prosedur: non-invasif dapat dilakukan dengan pelatihan memadai, minimal invasif memerlukan sertifikasi terverifikasi, sedangkan bedah estetika merupakan domain eksklusif dokter spesialis. Diuji dengan delapan prinsip kepastian hukum Fuller, sistem regulasi saat ini mengalami defisiensi pada hampir seluruh dimensinya, sehingga belum memberikan kepastian hukum yang memadai. Penelitian ini merekomendasikan agar Kementerian Kesehatan bersama Konsil Kedokteran Indonesia segera menetapkan pedoman teknis dan standar sertifikasi kompetensi estetika medis yang seragam dan mengikat, didukung kolaborasi aktif organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia, PERDESTI, dan PERDAWERI, guna menjamin keselamatan pasien serta kepastian hukum bagi dokter umum yang menyelenggarakan pelayanan estetika medis.

Bagi penelitian selanjutnya, disarankan untuk mengembangkan kajian ini melalui pendekatan yuridis-empiris yang lebih luas, misalnya dengan melibatkan jumlah narasumber yang lebih representatif dari berbagai wilayah di Indonesia, maupun kajian perbandingan hukum yang lebih mendalam terhadap negara-negara yang telah memiliki kerangka regulasi estetika medis yang lebih matang seperti Singapura, Malaysia, dan Korea Selatan. Kajian lanjutan tersebut diharapkan dapat memperkaya rumusan kebijakan yang lebih aplikatif bagi pembentukan pedoman teknis nasional di bidang pelayanan estetika medis, sekaligus memperkuat landasan akademik bagi pembaruan hukum kesehatan di Indonesia secara berkelanjutan.

Bagi dokter umum yang telah menyelenggarakan layanan estetika medis, penelitian ini menyarankan agar senantiasa memastikan setiap prosedur yang dilakukan berada dalam lingkup kompetensi yang telah disertifikasi, menerapkan informed consent secara komprehensif dan terdokumentasi, serta merujuk pasien kepada dokter spesialis apabila kondisi pasien melampaui batas kemampuannya, sebagai wujud tanggung jawab etis sekaligus perlindungan hukum bagi diri sendiri dan pasien. Adapun bagi masyarakat dan pasien, diharapkan senantiasa kritis dan selektif dalam memilih layanan estetika medis, memastikan bahwa dokter yang menangani memiliki kompetensi yang memadai, serta

tidak ragu meminta penjelasan mengenai prosedur, risiko, dan kualifikasi tenaga medis sebelum menjalani tindakan apa pun. Sinergi antara pembenahan regulasi di tingkat pusat, kepatuhan etis di tingkat individu dokter, dan kesadaran kritis masyarakat menjadi kunci terwujudnya pelayanan estetika medis yang aman dan berkepastian hukum di Indonesia.

REFERENSI

- Atmosudirdjo, P. (1994). *Hukum Administrasi Negara*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Childress, J. F., & Beauchamp, T. L. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). New York: Oxford University Press.
- Cobo, R. (2020). Use of polydioxanone threads as an alternative in nonsurgical procedures in facial rejuvenation. *Facial Plastic Surgery*, 36(4).
- Devgan, L., Singh, P., & Durairaj, K. (2019). Safety and complications of aesthetic procedures. *Clinics in Plastic Surgery*, 46(3).
- Dian Andriawan Daeng Tawang. (2023). Aspek hukum pelayanan estetika medis di Indonesia: Studi terhadap regulasi dan praktik. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 3(1).
- Erni Yanti. (2020a). Urgensi pengaturan praktek estetika medis yang dilakukan dokter umum di Indonesia (Perbandingan pengaturan estetika medis di Singapura, Malaysia dan Korea Selatan). *Aktualita: Jurnal Hukum*, 3(1).
- Erni Yanti. (2020b). Regulasi dan batas kewenangan dokter umum dalam pelayanan estetika medis. *Jurnal Hukum Kesehatan*, 6(1), 28–42.
- Fachruddin, I. (2004). *Pengawasan Peradilan Administrasi terhadap Tindakan Pemerintah*. Bandung: Alumni.
- Fila Rahmat Dhiva Ammade, dkk. (2023). Tantangan dan hambatan dalam upaya penegakan delapan prinsip moralitas hukum Lon L. Fuller di Indonesia. *Nusantara: Jurnal Pendidikan, Seni, Sains dan Sosial Humaniora*, 1(2).
- Fuller, L. (1964). *The Morality of Law*. New Haven: Yale University Press.
- Galęba, A., et al. (2015). Aesthetic medicine: A separate field of medicine, as a combination of many medical specialties. *Open Journal of Nursing*.
- Hadjon, P. M. (1993). *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Hargianti Dini Ikhwanti. (2022). Regulasi pelayanan estetika medis dalam perspektif hukum administrasi negara. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 10(2).
- Ikatan Dokter Indonesia. (2012). *Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Pedoman Pelaksanaan Kode Etik Kedokteran Indonesia*. Jakarta: IDI.
- Komalawati, V. (2002). *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien)*. Bandung: Citra Aditya Bhakti.
- Konsil Kedokteran Indonesia. (2012). *Standar Kompetensi Dokter Indonesia*. Jakarta: KKI.
- Manawa Salwa, F. (2019). Pelaksanaan bedah plastik estetika menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Skripsi). *Fakultas Hukum Universitas Lampung, Lampung*.
- Melinda Beatrix, G. (2022). Tinjauan yuridis sosiologis mengenai kesadaran hukum masyarakat terhadap ketentuan tindakan estetika medis yang terdapat dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan pada salon kecantikan di Kota Bandung (Skripsi). *Universitas Katolik Parahyangan, Bandung*.
- Olga Stephanie. (2017). *Perlindungan hukum pasien klinik kecantikan (Studi kasus konflik dalam klinik kecantikan di Semarang)* (Skripsi). *Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang, Semarang*.
- Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 tentang Kewenangan Klinis dan Surat Penugasan Klinis Dokter.
- Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 99 Tahun 2021 tentang Standar Kompetensi Dokter Spesialis Dermatologi, Venereologi, dan Estetika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2025 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Standar Produk/Jasa pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Subsektor Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik.
- Puteri Hikmawati. (2021). Pertanggungjawaban hukum dokter dalam pelayanan medis estetika. *Jurnal Negara Hukum*, 12(2).
- Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Nomor 233 K/Pid.Sus/2021.
- Ramli, A. (2022). Perlindungan pasien dalam pelayanan estetika medis: Perspektif hukum kesehatan. *Jurnal Hukum dan Pembangunan*, 52(3).
- Syafrudin, A. (2000). Menuju penyelenggaraan pemerintahan negara yang bersih dan bertanggung jawab. *Jurnal Pro Justisia Edisi IV*, Universitas Parahyangan, Bandung.
- Tjahjadi, S. P. L. (1991). *Hukum Moral: Ajaran Immanuel Kant tentang Etika dan Imperatif Kategoris*. Yogyakarta: Kanisius.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6842.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6887.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431.
- World Health Organization. (1948). Preamble to the Constitution of WHO. Geneva: WHO.