



**NASKAH AKADEMIK**

**RANCANGAN UNDANG UNDANG**

**TENTANG**

**PENDIDIKAN KEDOKTERAN**

**BADAN LEGISLASI**  
**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA**  
**2018**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya, penyusunan Naskah Akademik dan Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Pendidikan Kedokteran telah selesai dilaksanakan. Penyusunan Naskah Akademik ini dilakukan untuk memberikan dasar kajian terhadap penyusunan RUU Pendidikan kedokteran yang dilakukan oleh DPR.

Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran memiliki implikasi penting dan strategis dalam konsepsi Sistem Pendidikan Kedokteran di Indonesia. Untuk mewujudkan kesejahteraan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia diperlukan dokter yang berkualitas dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Dokter yang berkualitas dihasilkan dari penyelenggaraan pendidikan kedokteran yang berkualitas. Kualitas pendidikan kedokteran dibentuk oleh sistem pendidikan kedokteran yang dapat menghasilkan lulusan dokter sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Naskah Akademik Pendidikan Kedokteran disusun secara komprehensif untuk memberikan penjelasan teoritis dan empiris mengenai maksud dan tujuan Penyusunan Rancangan Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran sehingga dapat digunakan sebagai dasar, rujukan dan argumentasi dalam pembahasan RUU di tahap-tahap selanjutnya.

Semoga Naskah Akademik ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan berbasis bukti bagi penyusunan Rancangan Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran.

Jakarta, Desember 2017

## DAFTAR ISI

Judul .....	
Kata Pengantar .....	ii
Daftar Isi .....	iii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
a. Latar Belakang .....	1
b. Identifikasi Masalah .....	7
c. Tujuan dan Kegunaan Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik .....	8
d. Metode .....	8
<b>BAB II. KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS SERTA IMPLIKASI PERUBAHAN YANG DIUSULKAN</b> .....	10
A. Kajian Teoritis dan Praktik Empiris .....	10
1. Model Pendidikan Kedokteran di Indonesia .....	10
2. Pendirian FK dan FKG .....	23
3. Seleksi Calon Mahasiswa FK .....	25
4. Pembiayaan Pendidikan Kedokteran .....	31
5. Standar Kompetensi Dokter dan Standar Pendidikan Profesi Dokter ...	37
6. Intersip .....	41
7. Uji Kompetensi .....	45
8. Adaptasi .....	53
9. Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan .....	55
10. Ijazah, Sertifikat Kompetensi, Sertifikat Profesi .....	57
11. Organisasi Profesi dan Kolegium .....	58
12. KKI .....	61
13. Jumlah dan Distribusi Dokter .....	65
B. Kajian terhadap Implikasi Sistem baru yang akan diusulkan .....	75
1. Model Pendidikan Kedokteran di Indonesia .....	75
2. Pendirian FK dan FKG .....	77
3. Seleksi Calon Mahasiswa FK .....	78
4. Pembiayaan Pendidikan Kedokteran .....	78
5. Standar Kompetensi Dokter dan Standar Pendidikan Profesi Dokter ...	79
6. Internsip .....	80
7. Uji Kompetensi .....	81
8. Adaptasi .....	81
9. Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan .....	82
10. Ijazah, Sertifikat Kompetensi, Sertifikat Profesi .....	82

11. Organisasi Profesi dan Kolegium .....	83
12. KKI .....	83
13. Jumlah dan Distribusi Dokter .....	84
<b>BAB. III. EVALUASI DAN ANALISIS TERHADAP PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN .....</b>	<b>85</b>
<b>BAB IV. LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS .....</b>	<b>99</b>
A. Landasan Historis .....	99
B. Landasan Filosofis .....	103
C. Landasan Sosiologis .....	104
D. Landasan Yuridis .....	111
<b>BAB V. JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN UNDANG-UNDANG .....</b>	<b>117</b>
A. Ketentuan Umum Memuat Rumusan Akademik Mengenai Pengertian Istilah dan Frasa .....	117
B. Materi Yang Akan Diatur .....	123
C. Ketentuan Sanksi dan Ketentuan Peralihan .....	125
<b>BAB VI. PENUTUP .....</b>	<b>127</b>
A. Simpulan .....	127
B. Rekomendasi .....	128
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>129</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan sebagai hak asasi manusia dijamin oleh berbagai instrumen hukum nasional maupun internasional. Kesehatan baik sebagai hak individu maupun hak sosial dijamin oleh negara, sebagaimana, Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3). Hak atas kesehatan juga dimuat dalam Pasal 25 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM), Pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, Pasal 12 Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, dan Pasal 24 Konvensi tentang Hak-Hak Anak.

Setidaknya terdapat 4 (empat) unsur yang harus ditaati oleh negara dalam usaha memenuhi hak rakyat atas pelayanan kesehatan yaitu ketersediaan, aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan. Unsur ketersediaan diartikan sebagai kewajiban negara untuk menyediakan pelayanan kesehatan baik fasilitas, sarana dan prasarana seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, obat-obatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan yang mencukupi untuk penduduk secara keseluruhan. Unsur aksesibilitas dalam hal ini berarti negara wajib menyediakan pelayanan kesehatan yang terjangkau baik secara ekonomi atau geografis bagi setiap orang. Unsur kualitas diartikan bahwa pelayanan kesehatan harus memenuhi standar yang layak bagi kemanusiaan. Unsur kesetaraan diartikan bahwa pelayanan kesehatan dapat diakses secara setara oleh setiap orang, termasuk bagi golongan masyarakat rentan. Pemenuhan prinsip-prinsip hak rakyat atas kesehatan tersebut di atas merupakan kewajiban Negara.

Salah satu bagian penting pada unsur ketersediaan sebagai hak rakyat atas pelayanan kesehatan adalah keberadaan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan yang memiliki posisi strategis dan vital dalam kelompok tenaga kesehatan adalah tenaga medis. Tenaga medis terdiri dari dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, profesi kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat. Dokter/dokter gigi merupakan salah satu komponen utama

pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan peranan yang sangat penting karena terkait langsung dengan pemberian pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan yang diberikan.

Dalam rangka memenuhi hak pelayanan kesehatan, Pemerintah telah melakukan berbagai upaya kesehatan, antara lain melalui penerbitan berbagai regulasi terkait pelayanan kesehatan. Mulai dari Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional Nomor 40 Tahun 2004, Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009, Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009, serta berbagai turunannya, PP Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan, Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Dengan berbagai peraturan perundang-undangan telah mengupayakan terlaksananya peningkatan pelayanan kesehatan. Terkait akses, dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, setiap warga negara berhak memperoleh jaminan kesehatan. Terkait mutu pelayanan kesehatan, akreditasi terhadap berbagai jenis rumah sakit dan puskesmas telah dilakukan, bahkan beberapa RS Pendidikan Utama telah memperoleh akreditasi internasional. Dengan meningkatnya pelayanan kesehatan, berbagai indikator kesehatan juga telah membaik. Akan tetapi, masih dijumpai berbagai masalah pelayanan kesehatan yang dapat menghambat upaya Pemerintah.

Dampak globalisasi yang terjadi di Indonesia merupakan hasil dari kesepakatan-kesepakatan internasional yang dilakukan Indonesia sebagai bagian dari negara-negara di dunia. Kesepakatan internasional yang memiliki dampak besar bagi Indonesia antara lain adalah Indonesia sebagai bagian dari Organisasi Perdagangan Dunia. Pada *Doha Mandate* pada tahun 2000 mengenai pembahasan liberalisasi perdagangan dunia, terlahir kesepakatan yang dikenal dengan GATS (*General Agreement on Trade in Services*). GATS mencakup 12 sektor jasa yang salah satunya sektor jasa pelayanan kesehatan dan pendidikan. Pada bulan Desember 2005, Indonesia menyetujui liberalisasi 12 sektor jasa – termasuk jasa pelayanan kesehatan dan pendidikan - dengan meratifikasi GATS. Sejak saat itu, sektor jasa pelayanan kesehatan dan pendidikan dimasukkan sebagai komoditas perdagangan.

Kesepakatan selanjutnya yang diikuti Indonesia terkait dengan pelayanan kesehatan yang pada dasarnya berbeda dengan konsep GATS adalah kesepakatan Indonesia dalam Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 2012 di Brazil mengenai 17 langkah inisiatif untuk mengubah dunia pada tahun 2030 yang disebut dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs). Salah satu langkah inisiatif adalah *Universal Health Coverage* (UHC). Perwujudan UHC dalam sistem pelayanan kesehatan dilakukan melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai dilaksanakan pada tahun 2014 melalui Undang-Undang

Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Program JKN yang dilaksanakan oleh Indonesia menetapkan target capaian 95% cakupan penduduk Indonesia yang mengikuti program JKN pada tahun 2019.

Dalam pelaksanaannya, JKN menimbulkan berbagai persoalan baru, terutama dalam masa-masa transisi. Persoalan tersebut antara lain adalah fokus pelayanan terutama berpusat pada Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP). Pengelolaan pelayanan kesehatan saat ini lebih berorientasi pada paradigma sakit atau pelayanan kuratif, dibandingkan dengan paradigma sehat atau upaya promotif dan preventif. Hal ini dapat dilihat dari tingginya biaya kesehatan yang dikeluarkan pemerintah untuk pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat di Rumah Sakit. Di fasilitas kesehatan tingkat pertama belum banyak bergeser secara optimal ke arah pelayanan promotif dan preventif dengan menggunakan kekuatan pemberdayaan masyarakat melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Pengelolaan JKN oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan masih belum mengakomodasi bentuk-bentuk kegiatan pelayanan UKM.

Pengelolaan sistem jaminan sosial bagi masyarakat juga belum berjalan sesuai dengan azas keadilan dan pemerataan. Kondisi biaya pelayanan kesehatan yang selama ini mahal dengan liberalisasi sektor jasa kesehatan, dengan adanya JKN dipaksa untuk mengikuti standar yang masih belum ideal bagi sektor jasa kesehatan. Kondisi ini sangat mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemberi jasa kesehatan, baik rumah sakit, puskesmas, klinik maupun dari tenaga kesehatannya sendiri, sehingga kualitas mutu yang dirasakan oleh masyarakat belum optimal.

Selain dari sistem pelayanan kesehatan, kualitas dokter sebagai tenaga kesehatan strategis juga dipengaruhi dari pendidikan kedokteran. Sebagaimana dengan sektor jasa kesehatan, perjalanan perkembangan pendidikan kedokteran di Indonesia juga dipengaruhi oleh globalisasi antara lain adalah liberalisasi pendidikan. Walaupun demikian, Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional telah meletakkan dasar-dasar yang kuat untuk membangun Sistem Pendidikan Nasional Berbasis Standar (*Standard-based National Education System*). Dengan sistem ini, Pemerintah membentuk Badan Standar Nasional Pendidikan yang mendapat tugas untuk mengembangkan berbagai standar nasional pendidikan yang meliputi standar kompetensi lulusan, standar isi, standar proses, standar penilaian, standar pendidik dan tenaga kependidikan, standar pengelolaan, standar sarana prasarana, dan standar pembiayaan. Selain itu, Pemerintah juga membentuk Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT) yang bertugas untuk melakukan evaluasi eksternal

terhadap pencapaian standar. Undang-Undang ini juga mengamanahkan bahwa penyelenggaraan pendidikan tinggi harus dilandasi pada prinsip otonomi, akuntabilitas, kualitas, nirlaba, efektivitas dan efisiensi. Dengan prinsip otonomi dimaksudkan bahwa perguruan tinggi memiliki kewenangan untuk mengelola bidang akademik dan bidang non akademik secara mandiri.

Memasuki abad 20, telah terjadi peningkatan jumlah Fakultas Kedokteran yang cukup tajam. Pada awal tahun 2000, Indonesia memiliki 33 Fakultas Kedokteran. Tahun 2007, telah bertambah menjadi 45 Fakultas Kedokteran. Pada tahun 2009, naik secara signifikan hingga menjadi 71 Fakultas Kedokteran dan menjadi 72 Fakultas Kedokteran pada tahun 2010 yang terdiri atas 31 Fakultas Kedokteran Negeri dan 41 Fakultas Kedokteran Swasta yang tersebar di seluruh Indonesia. Pada pertengahan tahun 2016, jumlah Fakultas Kedokteran sudah mencapai 75. Jumlah ini masih terus bertambah dengan dibukanya izin pendirian bagi 8 Fakultas Kedokteran baru pada tahun 2017, sehingga pada tahun 2018 ini, terdapat 83 Fakultas Kedokteran di Indonesia dengan 35 Fakultas Kedokteran Negeri dan 48 Fakultas Kedokteran Swasta.

Pembukaan Fakultas Kedokteran baru di berbagai daerah didorong oleh adanya kebutuhan akan tenaga dokter dalam rangka pemerataan kesempatan belajar dan pemerataan distribusi dokter. Pada tahun 2000, jumlah lulusan dokter berkisar pada angka 3.000 hingga 4.000 setiap tahun, padahal kebutuhan akan tenaga dokter sebesar 85.000 dokter, menurut perhitungan berdasarkan target rasio dokter per penduduk 40 per 100.000 penduduk. Oleh karena itu, Pemerintah membuka peluang untuk pembukaan program studi dokter di berbagai daerah.

Namun, pada dua dekade terakhir telah terjadi peningkatan biaya pendidikan tinggi secara umum, khususnya perguruan tinggi negeri. Hal ini dikarenakan menurunnya subsidi Pemerintah untuk membiayai pendidikan tinggi sebagai akibat paradigma 'otonomi perguruan tinggi' di dalam pengelolaan pendidikan tinggi. Secara internasional, pendidikan tinggi dianggap 'tidak wajib' dibiayai oleh negara, karena lulusan pendidikan tinggi memiliki '*economy return*'. Yang wajib dibiayai oleh Pemerintah adalah pendidikan dasar dan menengah. Dengan adanya 'otonomi perguruan tinggi', perguruan tinggi diharuskan menggali sumber dana dari berbagai sumber untuk membiayai penyelenggaraan pendidikan tinggi.

Pemerintah melalui Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan telah menghitung besaran biaya operasional yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan pendidikan dokter, yang disebut Uang Kuliah Tunggal (UKT). UKT ini menjadi rujukan bagi semua Fakultas Kedokteran dalam menentukan biaya pendidikan dokter.



Konsep kesehatan dan pendidikan sebagai sektor komersial dengan liberalisasi sektor jasa kesehatan dan pendidikan yang terjadi di banyak negara, sesungguhnya bertentangan dengan semangat kesehatan dan pendidikan di Indonesia. Hal tersebut tidak sesuai dengan amanat konstitusi yang terkandung dalam alinea keempat pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 yang menegaskan bahwa “Pemerintah negara Indonesia berkewajiban untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa”. Hal tersebut juga tidak sesuai dengan pasal 28H ayat (1) dan pasal 31 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945 yang mengandung makna bahwa kesehatan dan pendidikan adalah hak seluruh rakyat Indonesia.

Kesepakatan regional terbaru yang sudah diimplementasikan Indonesia mulai tahun 2018 ini adalah mengenai Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) sebagai bagian dari globalisasi masyarakat dunia. Untuk bidang kesehatan, sejak bulan Januari 2010 telah disepakati mengenai *Mutual Recognition Agreement* (MRA). Era keterbukaan bagi perdagangan sektor jasa kesehatan dan pendidikan telah dimulai. Kerja sama antar negara ASEAN dalam bidang kesehatan antara lain adalah memfasilitasi mobilitas praktisi medis di ASEAN, saling pengakuan antar praktisi medis, bertukar informasi dan kerja sama baik untuk praktik-praktik terbaik standardisasi praktik medis maupun dalam peningkatan kapasitas dan pelatihan praktisi medis. Pelaksanaan MEA dalam bidang kesehatan ini akan sangat mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan dan sistem pendidikan kedokteran di Indonesia. Dalam bidang pelayanan kesehatan, kualitas mutu dokter Indonesia harus mampu bersaing dengan dokter dari negara ASEAN lainnya. Bagi sistem pendidikan kedokteran pun perlu siap untuk menghasilkan lulusan yang dapat direkognisi kualifikasinya dengan lulusan dari negara ASEAN lainnya.

Untuk merespon terhadap kebijakan MEA dan implikasinya yang berupa mobilisasi jasa kesehatan dan pendidikan, ASEAN telah membentuk *ASEAN University Network for Quality Assurance* (AUN-QA). AUN-QA telah mengembangkan *AUN-QA Guidelines for Actual Quality Assessment* yang terdiri dari 11 kriteria. *AUN-QA Guidelines* ini dijadikan sebagai dasar untuk proses sertifikasi program studi oleh AUN-QA. Beberapa program studi dokter di Indonesia telah memperoleh Sertifikasi AUN-QA. Saat ini, untuk mendorong penyeteraan lulusan – termasuk lulusan dokter – AUN-QA bersama *South East Asia Ministerial Education Organization* sedang memformulasikan *ASEAN Qualification Reference Framework* (kerangka kualifikasi di tingkat ASEAN) yang dijadikan acuan oleh perguruan tinggi di negara-negara ASEAN (ASEAN University Network, 2011).

WHO telah mengeluarkan *Policy Brief on Accreditation of Institutions for Health Professional Education* pada tahun 2013. Di dalam *Policy Brief* ini, WHO menekankan pentingnya akreditasi untuk menjamin mutu pendidikan profesi kesehatan. Salah satu komponen terpenting dari sistem akreditasi nasional adalah diberlakukannya standar yang bersifat nasional (World Health Organization, 2013). Dengan meningkatnya mobilisasi jasa antar negara, diperlukan standar global yang dapat digunakan sebagai rujukan bersama oleh semua negara. Setiap negara dihimbau untuk mengikuti standar global. Untuk itu merealisasikan upaya ini, WHO bekerja sama dengan *World Federation of Medical Education* (WFME). WFME telah menghasilkan *Trilogy Global Standards for Quality Improvement, for Basic Medical Education, for Postgraduate Medical Education and for Continuing Medical Education*. Global standar ini telah diacu oleh hampir semua negara di dunia, termasuk Indonesia. Pada Edisi Tahun 2015, dinyatakan bahwa internsip termasuk ke dalam pendidikan lanjut sesudah program profesi dokter atau *postgraduate training* (WFME, 2015).

Untuk mendorong kesetaraan dan penyamaan kualitas dokter dari berbagai negara, WHO telah mengeluarkan '*Standards for Accrediting Agencies*' atau standar untuk lembaga akreditasi dan mendorong WFME untuk mengembangkan mekanisme penilaian lembaga akreditasi. Indonesia telah mendirikan Lembaga Akreditasi Mandiri Perguruan Tinggi Kesehatan (LAM PTKes) yang mulai beroperasi pada tahun 2015. Saat ini, LAM PT Kes sedang dalam proses aplikasi untuk dinilai oleh WFME yang akan dilaksanakan pada tanggal 11-17 Maret 2018. Bila LAM PT Kes mendapat pengakuan (rekognisi) dari WFME bahwa penyelenggaraan akreditasi oleh LAM PT Kes telah memenuhi standar dari WFME dan WHO, maka semua program studi dokter yang diakreditasi oleh LAM PTKes bisa diakui secara internasional (WFME, 2015).

Dengan semakin majunya teknologi dalam era revolusi industri ke-4 seperti teknologi yang dapat memeriksakan kondisi tubuh melalui telepon genggam hanya dengan pindai retina atau sidik jari, dan sebagainya (Schwab, 2016), serta semakin cepatnya informasi dan mobilisasi masyarakat dunia, maka peran dan fungsi dokter di pelayanan kesehatan akan mengalami perubahan di masa depan yang harus diantisipasi oleh Kementerian Kesehatan. Perubahan peran dan fungsi dokter akan berpengaruh terhadap penentuan standar kompetensi dokter dan standar pendidikan profesi dokter. Kolegium bersama dengan AIPKI/AFDOKGI secara berkala akan melakukan pembaruan terhadap standar kompetensi dokter dan standar pendidikan profesi dokter. Era revolusi industri 4.0 telah mempengaruhi penyelenggaraan pendidikan tinggi, sehingga Fakultas Kedokteran sebagai bagian dari pendidikan tinggi perlu menyesuaikan

penyelenggaraan pendidikan kedokterannya sesuai dengan prinsip-prinsip pendidikan tinggi di era revolusi industri 4.0

Untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan yang optimal agar dapat terus merespon terhadap perkembangan revolusi industri generasi keempat, Kementerian Kesehatan perlu secara berkala memperbarui sarana dan prasarana kesehatan. Akan tetapi hal ini mengalami hambatan karena kebijakan importasi alat kesehatan malah dikenakan pajak bea masuk yang sangat tinggi (300%), sehingga mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan menjadi tinggi. Selain itu, perlu untuk mendorong kerja sama antara berbagai institusi dan pemangku kepentingan untuk mendorong peningkatan mutu pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan yang salah satunya dapat dilakukan dalam bentuk '*Academic Health System*' (Dzau & Ackerly, 2010).

Berdasarkan berbagai pertimbangan di atas, maka perlu penggantian terhadap Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran. Untuk memberikan gambaran mengenai alasan perubahan secara komprehensif dan untuk dapat memberikan arahan serta menjelaskan dasar bagi perubahan yang akan dilakukan, disusunlah Naskah Akademik yang digunakan sebagai konsep dasar penyusunan Rancangan Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran.

## **B. Identifikasi Masalah**

Adapun identifikasi masalah dalam penyusunan Naskah Akademik untuk perubahan Undang-Undang ini adalah:

1. Apa permasalahan yang dihadapi dalam sistem pendidikan kedokteran yang mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan dan bagaimana sistem pendidikan kedokteran yang diselenggarakan mampu menjawab kebutuhan dan tantangan sistem pelayanan kesehatan yang akan datang?
2. Apa urgensi dilakukannya penggantian terhadap Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 sebagai solusi atas permasalahan pendidikan kedokteran?
3. Apa yang menjadi landasan pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis dan yuridis pembentukan Undang-Undang terhadap penggantian Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013?
4. Apakah telah terjadi harmonisasi antara Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran dengan Undang-Undang terkait profesi dokter, kesehatan atau pendidikan lainnya?
5. Apa muatan dari penggantian Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran?

### **C. Tujuan dan Kegunaan**

Tujuan dari Naskah Akademik Rancangan Undang-undang Perubahan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran (selanjutnya disebut Naskah Akademik) ini adalah:

1. Merumuskan permasalahan yang dihadapi dalam sistem pendidikan kedokteran yang mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan dan upaya untuk membentuk pendidikan kedokteran yang mampu menjawab kebutuhan dan tantangan sistem pelayanan kesehatan yang akan datang.
2. Merumuskan urgensi dilakukannya penggantian terhadap Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 sebagai solusi atas permasalahan pendidikan kedokteran.
3. Merumuskan landasan pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis dan yuridis pembentukan Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran.
4. Merumuskan harmonisasi antara Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 dan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012.
5. Merumuskan muatan Rancangan Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran.

Kegunaan penyusunan Naskah Akademik adalah sebagai acuan atau referensi penyusunan Rancangan Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran.

### **D. Metode Penyusunan**

Metode pendekatan yang dipakai dalam penulisan Naskah Akademik Perubahan mengenai Undang-Undang Pendidikan Kedokteran sebagai berikut:

1. Metode *Yuridis-Normatif* dan *Historis-Analitis*, yaitu metode yang menggambarkan kondisi masa lalu, kondisi kini, dan kondisi masa depan. Metode pendekatan yuridis normatif adalah suatu cara dalam penelitian hukum yang dilakukan terhadap bahan pustaka atau data sekunder dengan menggunakan metode berpikir deduktif serta kriteria kebenaran koheren. Faktor dominan dan perkiraan pengembangan (*predictive analysis*) aspek sosiologis, demografi, dan ekonomi di dalam dan luar negeri juga menggunakan kajian pustaka data sekunder serta literatur ilmiah untuk kemudian dianalisis dengan menggunakan peraturan perundangan yang ada, pendekatan efisiensi, dan prinsip-prinsip pengembangan berkelanjutan. Materi studi pustaka berupa kajian dan telaah terhadap dokumen peraturan perundang-undangan, dokumen negara, buku-buku, jurnal ilmiah pendidikan kedokteran dan

kesehatan, majalah, surat kabar, *website*, hasil penelitian, makalah seminar, berita media, dan data lain yang dianggap relevan.

2. Detail permasalahan dan alternatif solusi, yaitu penyusunan naskah akademik perubahan, perumusan masalah, isi, dan prioritas bahasan yang ada dalam naskah akademik oleh tim yang terdiri atas representasi pemangku kepentingan (*stakeholder*) dan naskah akademik perubahan berhasil diserahkan pada tahun 2016 lalu.
3. Pada akhir tahun 2017 hingga saat ini, rancangan awal naskah akademik yang telah diajukan, dikaji kembali dan diperkaya dengan masukan dari pemangku kepentingan untuk dituangkan kembali sebagai revisi naskah akademik. Pemangku kepentingan yang terkait Undang-Undang Pendidikan Kedokteran yang terlibat antar lain Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI), Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia (AFDOKGI), Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia (ARSPI), dan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Hasil akhir revisi naskah akademik kemudian diserahkan sebagai dokumen resmi pemangku kepentingan yang berkompeten untuk mengeluarkan regulasi tentang Perubahan Undang-Undang terhadap Sistem Pendidikan Kedokteran Indonesia.

## BAB II KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

### A. KAJIAN TEORITIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

#### 1. Model Pendidikan Kedokteran di Indonesia

##### a) Kajian Teoritis

Pendidikan kedokteran dapat dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu: *non-graduate-entry program* (non-GEP) atau tipe 1, *graduate-entry program* (GEP) atau tipe 2 dan *mixed program* non-GEP dan GEP atau tipe 3. Tipe 1 menerima peserta didik langsung setelah selesai SMA (*high school*) dengan lama pendidikan sekitar 5-7 tahun. Tipe 1 ini dilakukan di Jerman, Belanda, Belgia, Yunani, Belanda, Jepang dan Malaysia. Tipe 2 menerima peserta didik setelah mereka menyelesaikan pendidikan S1 selama 4 tahun. Tipe ini terjadi di USA dan Kanada. Tipe 3 yang merupakan kombinasi tipe 1 dan 2 ini terjadi di Australia, Inggris, Irlandia, Korea dan Singapura (Gambar 2.1). Tujuan dari pendidikan adalah untuk menghasilkan dokter klinis dengan gelar *Medical Doctor*, atau profesi dokter (Nara, Suzuki, & Tohda, 2011). Tipe 1 pada dasarnya menyerupai pendidikan kedokteran di Indonesia, namun perbedaannya adalah pendidikan kedokteran yang menghasilkan dokter di Indonesia bukan sebagai pendidikan *postgraduate*.

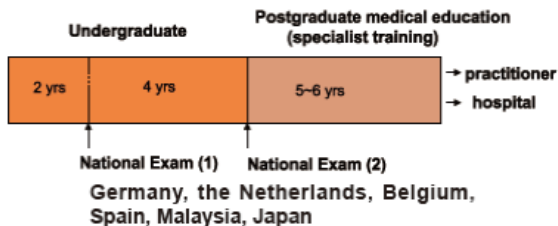


Figure 2a : Framework of the type 1 medical school; Figure shows the example in Germany

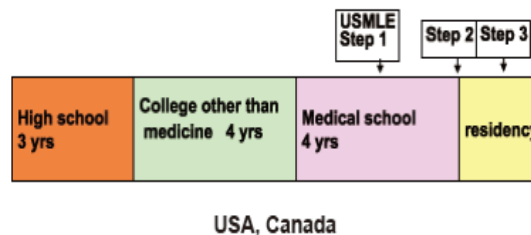


Figure 2b : Framework of the type 2 medical school

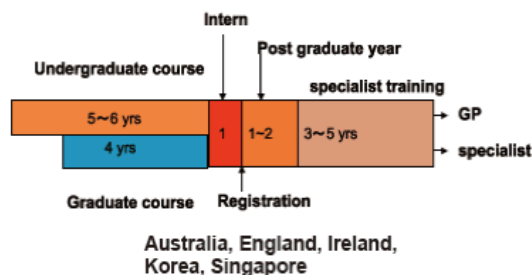


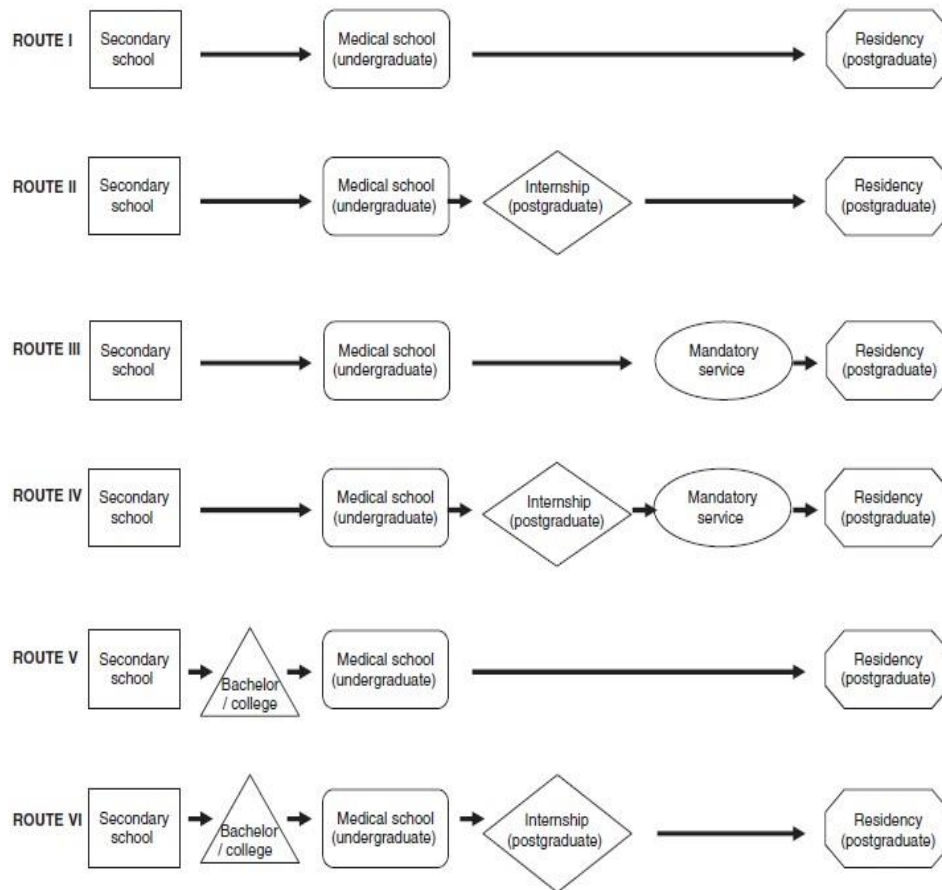
Figure 2c : Framework of the type 3 medical school

**Gambar 2.1. Tiga Tipe Pendidikan Kedokteran di berbagai negara (Nara, et.al., 2011)**

Berdasarkan studi Wijnen-Meijer, struktur pendidikan kedokteran dari *undergraduate* dan *postgraduate* (pendidikan kedokteran dasar- *medical school*, internsip, tugas wajib pelayanan dan residensi) serta lamanya pendidikan di setiap tahapan. Studi ini juga menunjukkan gambaran dokter dapat berpraktik, gelar setelah pendidikan kedokteran dasar, terminologi pendidikan kedokteran yang relevan (Wijnen-Meijer, 2013).

Dalam terminologi istilah yang digunakan umum, terdapat istilah *clerkship* yang dikenal sebagai koasistensi dalam Bahasa Indonesia, adalah rotasi (periode waktu tertentu berpraktik) klinis di RS saat pendidikan kedokteran dasar. *Medical school* atau pendidikan kedokteran dasar adalah tahap awal pendidikan kedokteran, termasuk pendidikan tinggi dengan kurikulum untuk mencapai gelar dokter. Istilah *residency* adalah periode pembelajaran pada program spesialisasi tertentu (pendidikan *postgraduate*). Istilah lain yang digunakan secara umum adalah pelayanan profesi wajib setelah pendidikan kedokteran dasar, umumnya pada rural area (dikenal juga sebagai *national service*).

Pada model pendidikan kedokteran yang dilakukan di berbagai negara ini, Indonesia diklasifikasikan ke dalam rute 4 dari 6 model yang dikelompokkan oleh Wijnen-Meijer, dkk. Rute 4 ini terdiri dari negara Mesir, Nigeria, Afrika Selatan, Sudan Selatan, Sudan, dan Indonesia (Gambar 2.2.).



**Figure 1.** General models of medical education.

Route I: Argentina, Brazil, China, DR Congo, France, Georgia, Germany, India, Italy, Mexico, Netherlands, Russia, Saudi Arabia, Spain, Ukraine, Uruguay

Route II: Australia (1), Bangladesh, Denmark, Israel, Japan, Pakistan, Sweden, United Kingdom

Route III: Colombia, Dominican Republic, Ethiopia, Iran, Nicaragua, Peru, Turkey\*\*

Route IV: Egypt, Nigeria, South Africa, South Sudan, Sudan, Indonesia\*\*

Route V: Canada, USA

Route VI: Australia (2), Philippines

\*Internship is also called: foundation programme, medical officer, house officer training period or housemanship.

\*\*In Turkey and Indonesia, mandatory (social) service can take place *after* residency as well.

**Gambar 2.2. Model struktur pendidikan di berbagai negara (Wijnen-Meijer, 2013)**

Dari model struktur pendidikan ini, tampak bahwa pendidikan profesi dokter di Indonesia diakui termasuk ke dalam *basic medical education (BME)* atau pendidikan kedokteran dasar, dan menganggap *internsip* sebagai pendidikan pascasarjana (*postgraduate*) (Gambar 2.3.).

Konsep yang harus dipahami dalam pendidikan kedokteran ini adalah bahwa pendidikan dokter yang dapat berpraktik dengan lisensi penuh (*physician*) adalah pendidikan *postgraduate*. Konsep ini seharusnya juga diikuti oleh pendidikan kedokteran di



Indonesia, sehingga dapat secara jelas disetarakan dengan pendidikan di berbagai negara.

Table 2. Medical Education System per country: amount of years after secondary education per phase.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
India			MS				Re								
Bangladesh			MS			In			Re						
China*			MS					Re							
Indonesia			MS			In		Re (3.5-6 yrs) + SS (2-3 yrs)							
Pakistan			MS			In		Re							
UK			MS			FP			Re						
Sweden			MS				In			Re					
Dominican R.			MS				SS		Re						
Australia (1)			MS				In			Re					
Colombia			MS				SS		Re						
Denmark			MS				In			Re					
Egypt			MS				In		SS		Re				
France			MS					Re							
Georgia			MS					Re							
Israel			MS				In		Re						
Japan			MS				In			Re					
South Africa			MS				In		SS		Re				
(South)Sudan			MS				In		SS		Re				
Spain			MS					Re							
Russia			MS				Re								
Ukraine			MS					Re							
Argentina			MS					Re							
Brazil			MS					Re							
Ethiopia			MS					SS		Re					
Germany			MS					Re							
Italy			MS					Re							
Mexico			MS					Re							
Netherlands			MS					Re							
Nigeria			MS				In	SS		Re					
Saudi Arabia			MS					Re							
Turkey			MS					Re (4-6 yrs) + SS (1-2 yrs)							
Nicaragua			MS					SS		Re					
DR Congo			MS						Re						
Iran			MS					SS		Re					
Peru			MS					SS		Re					
Uruguay			MS						Re						
Australia (2)		Co				MS			In						
Canada			Co				MS		Re						
Philippines			Co				MS		In		Re				
USA			Co				MS		Re						

\*after 1 year of residency and passing the National Medical Examination residents are allowed unrestricted practice  
 Meaning of the lines:

- : Minimum amount of years (for example for residency period)
- : End of phase (for example medical school or residency)
- : End of phase and trainee is allowed unrestricted practice of medicine at this point
- : Trainee is allowed unrestricted practice after finishing this phase and some additional requirements (for example exam)
- ~~~~~ : Trainee is allowed unrestricted practice of medicine at this point (other moment than end of phase)

Meaning of the abbreviations:

- Co: College
- FP: Foundation Program
- In: Internship (also called: medical officer, house officer training period or housemanship)
- MS: Medical School
- Re: Residency
- SS: Social Service (also called national service, service in rural areas or mandatory service)

**Gambar 2.3. Deskripsi lengkap rute pendidikan di berbagai negara (Wijnen-Meijer, 2013)**

Untuk itu, pertimbangan untuk meningkatkan pendidikan kedokteran pada posisi pendidikan *postgraduate* atau pascasarjana merupakan suatu tuntutan yang berpengaruh pada lulusan dokter dan kualitasnya dalam melaksanakan praktiknya di era globalisasi dan masa yang akan datang.

Pendidikan pascasarjana dalam bentuk program magister merupakan pendidikan akademik lanjutan setelah melalui program sarjana atau sederajat dengan tujuan agar mampu mengembangkan dan mengamalkan Ilmu Pengetahuan dan/atau Teknologi kedokteran atau kedokteran gigi atau bidang lain yang terkait melalui penalaran dan penelitian ilmiah dan mampu memasuki dan/atau menciptakan lapangan kerja serta mengembangkan diri menjadi profesional.

Kompetensi yang dimiliki seorang lulusan program magister adalah:

- (1) memiliki kemampuan untuk menemukan ide, mendisain, melaksanakan dan melakukan riset integritas dan layak untuk dipublikasikan secara nasional
- (2) memiliki kemampuan untuk menerapkan ilmu dan teknologi sesuai bidang keahliannya
- (3) memiliki kemampuan untuk berkomunikasi mengenai keahliannya dan mendiseminasikan ke berbagai pihak
- (4) memiliki kemampuan menerapkan bidang keahliannya untuk pengembangan masyarakat dan kebudayaan

Pendidikan pascasarjana dalam bentuk program Doktor adalah pendidikan akademik bagi lulusan program magister, program profesi dokter atau program lain yang sederajat sehingga mampu menemukan, menciptakan, dan/atau memberikan kontribusi kepada pengembangan, serta pengamalan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi dalam bidang kedokteran atau kedokteran gigi atau bidang lain yang terkait melalui penalaran dan penelitian ilmiah. Riset dalam program Doktor menuntut peserta didik untuk mampu secara mandiri menurut prinsip '*good research practice*' dan mampu mengamalkan ilmunya sesuai dengan bidang keprofesiannya serta mendiseminasikannya.

- 1) Kompetensi yang dimiliki oleh lulusan Program Doktor antara lain: memiliki kemampuan untuk menemukan ide, mendisain, melaksanakan dan melakukan riset orisinal serta melakukan adaptasi secara substantif dengan integritas dan layak untuk dipublikasikan secara internasional.
- 2) Memiliki kemampuan untuk berkomunikasi mengenai keahliannya dan mendiseminasikan ke berbagai pihak.
- 3) Memiliki kemampuan menerapkan bidang keahliannya untuk pengembangan masyarakat dan kebudayaan.
- 4) Memiliki kemampuan untuk mengelola proyek penelitian.

5) memiliki kemampuan untuk melakukan transfer ilmu dan teknologi sesuai konteks keahliannya

Sama seperti halnya dengan program Magister, Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi serta bidang lain yang terkait diselenggarakan oleh Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi dengan persyaratan dosen dan sarana prasarana yang memadai sesuai dengan peraturan perundangan. Penyelenggaraan rakan program Doktor, Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi dapat bekerja sama dengan Rumah sakit pendidikan dan wahana pendidikan, serta Pemerintah Daerah dan pengandil kepentingan dalam rangka pembangunan kesehatan di wilayahnya

Pendidikan pascasarjana kedokteran atau kedokteran gigi serta bidang lain yang terkait diselenggarakan oleh Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi. Persyaratan bagi Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi yang menyelenggarakan Program magister adalah memiliki dosen dan sarana prasarana yang memadai sesuai dengan peraturan perundangan.

Dalam menyelenggarakan pendidikan pascasarjana kedokteran atau kedokteran gigi, Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi dapat bekerja sama dengan Rumah Sakit pendidikan dan wahana pendidikan, serta Pemerintah Daerah dan pengandil kepentingan dalam rangka pembangunan kesehatan di wilayahnya. Penyelenggaraan program harus dievaluasi secara berkala.

Struktur penyelenggaraan pendidikan pascasarjana kedokteran atau kedokteran gigi dapat dilaksanakan dengan cara:

- a. by course yaitu pendidikan pascasarjana program magister atau program doktor yang diselenggarakan dengan mengutamakan penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi dan menghasilkan disertasi dengan tingkat kedalaman yang sesuai dengan deskriptor kerangka kualifikasi.
- b. by publication yaitu pendidikan pascasarjana yang diselenggarakan dengan mengutamakan riset dan menghasilkan publikasi yang diakui secara nasional bagi program magister dan internasional bagi program doktor.

Program Magister dapat dilaksanakan secara paralel dengan program profesi dokter atau dokter gigi, sedangkan program magister dapat dilaksanakan secara paralel dengan program profesi dokter spesialis dan program profesi dokter gigi spesialis.

Penilaian terhadap hasil kerja mahasiswa program Magister atau program Doktor dilakukan oleh Kelompok Dosen Pengampu. Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi harus

memiliki peraturan penilaian program magister, yang memuat kriteria kelulusan, persyaratan penguji, mekanisme penilaian dan *student appeal*.

### **Pendidikan Tinggi Era Revolusi Industri 4.0**

Era Revolusi Industri 4.0 memberikan karakteristik yang sangat berbeda dibandingkan dengan era revolusi industri 3.0. Karakteristik tersebut sangat dipengaruhi oleh penggunaan *cyber-physical system*, sehingga muncullah hal-hal berikut: *digital consumers* – yaitu kelompok konsumen yang lebih interaktif dan *personalized* karena teknologi SMAC (*Social, Mobile, Analytic* dan *Cloud*), *digital enterprise* – kelompok perusahaan yang mengoptimalkan penggunaan SMAC untuk mentransformasikan kerja sama dan meningkatkan produktivitas, dan *digital operation wave* – yaitu perusahaan-perusahaan yang melakukan revolusi terhadap bisnisnya dengan memanfaatkan *artificial intelligence, robotics, cognitive computing* dan *industrial internet of things*.

Pendidikan tinggi pada era revolusi industri ke-empat (Pendidikan Tinggi 4.0) ikut mengalami perubahan yang menciptakan peluang yang lebih kompleks dan dialektikal yang dapat mentransformasi masyarakat menjadi lebih baik. Revolusi industri keempat diperkuat oleh kecerdasan buatan yang akan mentransformasi tempat kerja dari karakteristik yang berbasis tugas ke arah karakteristik yang berbasis manusia. Konvergensi antara manusia dan mesin akan mengurangi jarak antara manusia dan teknologi, antara humaniora, ilmu sosial, ilmu alam dan teknologi sehingga diperlukan proses tridharma yang lebih inter dan transdisiplin (Xing & Marwala, 2017).

#### **b) Kajian Praktik Empiris**

Pendidikan kedokteran merupakan inti dari tenaga dokter yang berkualitas. Oleh karena itu, pendidikan kedokteran perlu dilihat secara komprehensif dalam suatu sistem kesehatan nasional untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan terhadap tenaga dokter dan bagaimana pemenuhan tenaga dokter melalui pendidikan kedokteran

Pendidikan kedokteran adalah pendidikan tinggi untuk menghasilkan dokter, dokter gigi, dokter spesialis atau dokter gigi spesialis Pendidikan kedokteran merupakan pendidikan formal dengan kekhasan pendidikan profesi yang harus melekat dengan proses pendidikan akademiknya sehingga menghasilkan lulusan yang diakui dan dapat memberikan pelayanan kedokteran di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut.

Pelaksanaan pendidikan kedokteran mengalami perubahan yang dinamis selama 5 dekade terakhir. Khususnya di Indonesia, sampai dengan tahun 1960, sistem pembelajaran masih menggunakan sistem bebas (studi bebas). Dengan sistem bebas, tidak ada batasan masa studi. Kemudian, pada tahun 1960 mulai dikembangkan sistem studi terpimpin yang mulai ada pembatasan masa studi. Pada tahun 1974 mulai diterapkan sistem kredit semester yang memberikan fleksibilitas kepada mahasiswa dalam menempuh jumlah dan jenis mata kuliah untuk setiap semester. Pada tahun 1982, mulai dikenalkan kurikulum nasional yang diwujudkan dalam Kurikulum Inti Pendidikan Kedokteran I (KIPDI I). KIPDI I memuat topik bahasan untuk setiap mata kuliah secara sangat detil. Model yang digunakan KIPDI I adalah kurikulum berbasis isi (*content-based education*) yang menekankan pada aspek penguasaan pengetahuan, sehingga konten untuk setiap mata kuliah dijabarkan dengan sangat detil. KIPDI I terdiri dari 10 volume. Proses pembelajaran lebih menekankan pada perkuliahan. Pada tahun 1992, KIPDI I mengalami revisi sehingga muncullah KIPDI II yang lebih ringkas, walaupun tetap menggunakan kurikulum berbasis konten. Pada tahun 2004 dikenalkan KIPDI III yang sudah mulai mengenalkan konsep kurikulum berbasis kompetensi dengan proses pembelajaran yang lebih fleksibel.

Pada awal tahun 2000, dengan keluarnya Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 045 Tahun 2002 tentang kurikulum berbasis kompetensi untuk pendidikan tinggi, terjadi perubahan kurikulum di berbagai perguruan tinggi. Khusus untuk pendidikan dokter, perubahan ini difasilitasi melalui Proyek *World Bank (Health Workforce Service Project/ HWS Project)* antara tahun 2003-2008 (World Bank, 2003). Seluruh Fakultas Kedokteran – yang saat itu berjumlah sekitar 53 fakultas – mendapat berbagai pelatihan yang diperlukan untuk melakukan perubahan dari kurikulum berbasis subyek ke kurikulum berbasis kompetensi. Sebagian besar Fakultas Kedokteran secara bertahap mereformasi kurikulumnya menggunakan kurikulum berbasis kompetensi menggunakan sistem modul atau sistem blok dengan strategi pembelajaran *problem-based learning (PBL)*. Di dalam strategi PBL ini, mahasiswa mempelajari konsep dan teori melalui skenario masalah sebagai pemicu.

Dengan berdirinya Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) pada tahun 2006 sebagai tindak lanjut dari pemberlakuan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, maka KKI pada tahun 2007 mengesahkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) sebagai pelaksanaan amanah Undang-Undang tersebut. SKDI menjadi acuan bagi seluruh program studi

pendidikan dokter untuk menyusun kurikulum. SKDI 2007 terdiri dari area kompetensi, kompetensi inti, komponen kompetensi dan capaian pembelajaran yang dilengkapi dengan daftar masalah, daftar penyakit dan daftar keterampilan klinis. Dengan pemberlakuan SKDI, banyak Fakultas Kedokteran yang langsung mengadopsi SKDI ke dalam kurikulumnya, termasuk daftar keterampilan klinis yang diwujudkan ke dalam praktik keterampilan klinik di laboratorium keterampilan klinik.

Pada saat yang sama, KKI mengesahkan Standar Pendidikan Profesi Dokter (SPPD) edisi pertama tahun 2007. SPPD disusun menggunakan sistematika yang ada di *Global Standards for Quality Improvement of Basic Medical Education* dari *World Federation for Medical Education* (WFME) yang terdiri dari 9 area, yaitu Visi, Misi dan Tujuan, Program Pendidikan, Penilaian Hasil Belajar, Mahasiswa, Staf Akademik, Sumber Daya Pendidikan, Evaluasi Program Pendidikan, Penyelenggara Program dan Administrasi Pendidikan, Pembaruan Berkesinambungan. Standar Global dari WFME ini menjadi acuan bagi berbagai negara di dunia (WFME, 2003).

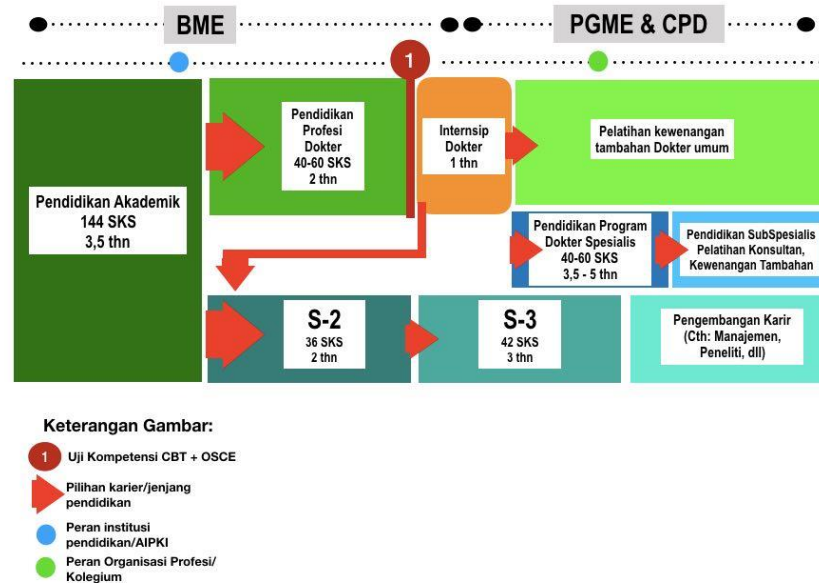
Saat ini pendidikan kedokteran melalui tahap pendidikan akademik yang berlanjut dengan pendidikan profesi. Pembagian tahapan ini jelas pada pendidikan dokter dan dokter gigi, sedangkan pada program pendidikan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis, pendidikan akademik dan pendidikan profesi menyatu. Pendidikan untuk menghasilkan dokter yang dapat berpraktik umum, dilalui dengan 2 tahapan, yaitu tahap program akademik yang sering dikenal pendidikan Sarjana Kedokteran untuk menghasilkan gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked) dan tahap program profesi yang biasanya disebut pendidikan profesi dokter dan menghasilkan lulusan dengan gelar Dokter (dr).

Berdasarkan Standar Pendidikan Profesi Dokter Indonesia yang dikeluarkan bersamaan dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) Edisi kedua tahun 2012, dinyatakan bahwa lama pendidikan tahap akademik minimal terdiri dari 7 semester dengan 144 SKS sebagai syarat minimal SKS bagi jenjang pendidikan Strata 1, sedangkan tahap profesi merupakan lanjutan pendidikan sarjana untuk memperoleh gelar dokter dan dilaksanakan minimal dalam waktu 4 semester.

Selama menjalani tahap program profesi, pelaksanaan kegiatan pembelajaran terutama dilaksanakan di rumah sakit pendidikan yaitu rumah sakit pendidikan utama, yang didukung oleh rumah sakit pendidikan afiliasi dan rumah sakit pendidikan satelit. Mahasiswa ditempatkan pada semua bagian atau departemen klinik untuk menjalani kepaniteraan klinik selama 4-

10 minggu di setiap departemen. Pada akhir tahap profesi, berdasarkan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktik kedokteran, dokter baru yang telah mendapatkan ijazah dan melakukan sumpah dokter harus mengikuti uji kompetensi untuk dapat memperoleh sertifikat kompetensi dari Kolegium Dokter Indonesia (KDI) dan memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

**SKEMA PENDIDIKAN KEDOKTERAN SAAT INI**



**Gambar 2.4. Skema pendidikan kedokteran yang berlaku di Indonesia saat ini**

Tahap akademik dan tahap profesi merupakan satu kesatuan yang tidak berdiri sendiri, walaupun bila mengacu pada Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003, setiap tahap merupakan satu program studi tersendiri sehingga Fakultas Kedokteran selalu akan memiliki minimal dua program studi yaitu program studi sarjana kedokteran dan program studi profesi dokter.

Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan pendidikan kedokteran dilakukan melalui mekanisme sistem penjaminan mutu eksternal, yaitu oleh Lembaga Akreditasi Mandiri Perguruan Tinggi Kesehatan (LAM PTKes). Secara berkala, LAM PTKes akan melakukan akreditasi dan melaporkan hasil serta rekomendasi kepada Direktorat Jenderal Kelembagaan Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi. Selain itu, Konsil Kedokteran Indonesia secara berkala juga melakukan bimbingan teknis terhadap pemenuhan SKDI dan SPPD dengan melakukan visitasi ke berbagai Fakultas Kedokteran. Secara informal, Institusi

Pendidikan Kedokteran/Kedokteran Gigi dan Organisasi Profesi/Kolegium terkait melakukan pemantauan.

### **KEDOKTERAN GIGI**

Pengelolaan penyakit dan layanan kedokteran gigi adalah situasi yang sangat dinamis, pada era kedokteran gigi modern ini, telah dilengkapi dengan konsep kedokteran yang berbasis pencegahan. Pasien modern lebih menginginkan pencegahan terhadap penurunan kualitas hidup sebagai dampak dari kesehatan rongga mulutnya (*patient-oriented biopsychosocial model*). Saat ini, teknologi yang canggih telah dapat dikembangkan pada pendidikan dokter gigi, untuk dapat merekonstruksi jaringan rongga mulut yang rusak, melalui kedokteran *regenerative, tissue engineering*, rekayasa genetika.

Perkembangan kedokteran gigi yang dinamis ini membutuhkan *supporting system* yang kuat dan dinamis di bidang pendidikan. Saat ini, paradigma Pendidikan Dokter Gigi telah menambah fitur dari paradigma pendidikan keterampilan menjadi pendidikan keterampilan berbasis *evidence-based dentistry*. Di sisi lain, ada kesepakatan Internasional, bahwa di abad 21 ini dokter gigi Indonesia punya tantangan besar, yaitu: mensejahterakan bangsa Indonesia ditengah tantangan global. transfer teknologi, transfer sumber daya, transfer ilmu pengetahuan bidang kedokteran gigi antar negara sudah tidak terbendung lagi. Karenanya seorang dokter gigi dalam menjalankan tugasnya dituntut untuk bersikap profesional. Untuk mencapai kompetensi tersebut, pendidikan dokter gigi yang merupakan pendidikan profesi harus didasari oleh keilmuan yang kokoh. Pedoman pendidikan dokter gigi yang telah disepakati secara nasional akan menjamin proses pencapaian kompetensi dan pada gilirannya akan dapat memproduksi dokter gigi andal yang mampu bersaing di tingkat internasional.

Pendidikan dokter gigi dikembangkan dari wawasan ilmu kedokteran yang mencakup ilmu pengetahuan yang mempelajari proses tumbuh kembang manusia mulai dari saat pembuahan sampai akhir hayat, serta berbagai konsep yang melandasi hidup dan kehidupan manusia mulai tingkat molekuler sampai dengan tingkat individu utuh. Dalam hal ini termasuk keadaan dan sebab-sebab penyimpangan dari keadaan normal baik raga maupun jiwa, serta berbagai kemungkinan intervensi pemulihannya ke keadaan normal atau fungsi optimal sistem organ secara terpadu dalam manusia seutuhnya. Ruang lingkup Ilmu Kedokteran Gigi mencakup keadaan fisiologis dan patologis sistem stomatognatik termasuk perubahan, penyimpangan atau tidak optimalnya sistem tersebut, secara terpadu pada tingkat



individu utuh sampai dengan molekuler, sebagai akibat interaksi dengan lingkungan, dan adanya pengaruh faktor genetik.

Adanya kesepakatan Internasional dapat mencetuskan liberalisasi ekonomi dunia yang mengakibatkan menajamnya persaingan. Keadaan tersebut memberi dampak terjadinya pergeseran paradigma pelayanan kesehatan. Paradigma baru pelayanan menempatkan pasien sebagai pelanggan dan fokus pelayanan, yang berarti kepuasan, keselamatan dan kenyamanan merupakan hal utama bagi pasien. Harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan mencakup pelayanan prima yang diberikan oleh dokter gigi dengan sikap dan perilaku profesional dan bertanggung jawab. Dokter gigi sebagai pemberi pelayanan kesehatan harus menghargai hak-hak pasien, transparan, akuntabel dan memperhatikan aspek hukum.

Undang-Undang RI Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran mengamankan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan berbagai pemangku kepentingan (*stakeholders*) menuju tercapainya pelayanan kesehatan yang bermutu, dengan konsep dasar melindungi masyarakat (*Protecting the People*), membimbing dokter (*Guiding the Doctors*), serta memberdayakan institusi pendidikan dan profesi (*Empowering the institution and profession*). Setiap dokter gigi wajib menunjukkan kinerja yang prima (*best practices*) pada waktu melakukan pelayanan.

Standar Kompetensi Dokter Gigi tahun 2015 yang telah digunakan sebagai standar penyusunan kurikulum program akademik-profesional di setiap Institusi Pendidikan Dokter Gigi (IPDG). Standar kompetensi profesi dokter gigi yang berlandaskan akademik-profesional dengan memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta perubahan paradigma pelayanan kesehatan yaitu paradigma sehat yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif, serta perubahan pola hubungan dokter gigi-pasien yang demokratis dan bertanggungjawab. Secara utuh, hasil Pendidikan Dokter Gigi telah mampu menghasilkan dokter gigi yang mempunyai kompetensi di bidang pelayanan medis dental, manajerial, komunikasi, penelitian dan kepemimpinan secara profesional.

Pendidikan kedokteran gigi diawali dengan menyelesaikan jenjang Program Sarjana Kedokteran Gigi. Program Sarjana yang merupakan tahap Pendidikan Akademik ini merupakan pendidikan tinggi program sarjana kedokteran gigi yang diarahkan untuk menguasai konsep teoritis bidang pengetahuan ilmu kedokteran dan ilmu kedokteran gigi dan keterampilan tertentu secara umum dan konsep teoritis bagian khusus dalam bidang

pengetahuan dan keterampilan tersebut secara mendalam. Program Sarjana Kedokteran Gigi ini akan menghasilkan lulusan Sarjana Kedokteran Gigi dan mendapatkan gelar Sarjana Kedokteran Gigi (SKG) yang merupakan prasyarat untuk melanjutkan ke program profesi Dokter Gigi. Pendidikan akademik akan ditempuh selama 8 semester atau 4 tahun dan selanjutnya akan meneruskan pada program profesi kedokteran gigi.

Program profesi Dokter Gigi merupakan tahap Pendidikan Kedokteran Gigi yang dilaksanakan melalui proses belajar mengajar dalam bentuk pembelajaran klinik dan pembelajaran komunitas yang menggunakan berbagai bentuk dan tingkat pelayanan kesehatan nyata yang memenuhi persyaratan sebagai tempat praktik kedokteran gigi, setelah pendidikan sarjana kedokteran gigi yang mempunyai kompetensi tertentu. Program Profesi Dokter Gigi ini akan menghasilkan lulusan Dokter Gigi yang mampu menguasai teori aplikasi bidang kedokteran gigi dan keterampilan dalam ilmu kedokteran gigi klinik secara interdisiplin. Pendidikan Dokter Gigi merupakan sebagai satu kesatuan karena tidak berdiri sendiri, sehingga pembinaan dan pengawasan pelaksanaan pendidikannya ada ditangan Institusi Pendidikan Kedokteran/Kedokteran Gigi dan Institusi Profesi/Kolegium Terkait.

Berdasarkan uraian di atas, maka diketahui bahwa Pendidikan Kedokteran Gigi adalah pendidikan akademik-profesional, yang mempunyai arti bahwa pendidikan Kedokteran Gigi mencakup pendidikan dan pelatihan untuk memperoleh ilmu pengetahuan bidang Kedokteran Gigi, keterampilan klinik sekaligus sikap sebagai seorang Dokter Gigi yang profesional. Standar kompetensi profesi dokter gigi yang berlandaskan akademik-profesional ini, telah mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta perubahan paradigma pelayanan kesehatan yaitu paradigma sehat yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif, serta perubahan pola hubungan dokter gigi-pasien yang demokratis dan bertanggungjawab.

Dalam implementasinya, sistem pendidikan profesi kedokteran gigi yang telah dilaksanakan selama ini yaitu dengan menempatkan mahasiswa profesi sebagai tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan (RSGM-P) secara utuh. Hal ini merupakan keunikan pendidikan profesi kedokteran gigi karena para peserta didik secara langsung melakukan tindakan terhadap pasien di RSGM-P secara '*hands-on*'. Proses pembelajaran pada pendidikan profesi yang dilakukan secara *hands-on* ini, meliputi

pemeriksaan subyektif, pemeriksaan obyektif, pemeriksaan penunjang, merencanakan perawatan, hingga melakukan perawatan dan mengevaluasi keberhasilan perawatan tersebut, secara mandiri namun masih dalam pengawasan instruktur klinik atau supervisi.

Di samping mengandalkan kemampuan kognitif dan afektif, kemampuan psikomotor merupakan kompetensi lain yang mutlak dimiliki. Kemampuan ini didapatkan dari penanganan pasien selama masa kepaniteraan. Disamping kemampuan psikomotor secara klinis, lulusan dokter gigi juga mempunyai kemampuan psikomotor untuk penguasaan restorasi dan rehabilitasi oral. Kemampuan ini didapat secara berkesinambungan pada saat belajar pada program sarjana dengan menggunakan *dental simulator*.

Evaluasi pelaksanaan pembelajaran pada pendidikan profesi kedokteran gigi dilakukan terhadap 4 ranah yaitu pengetahuan, sikap dan keterampilan umum dan khusus, diukur dengan pemenuhan kedalaman tingkat kompetensi (*level of competence*) berdasarkan piramida Miller (*knows, knows how, shows how, does*) yang telah mencapai level kompetensi 4, yaitu lulusan dokter gigi telah mampu melakukan secara mandiri (merancang, menerapkan, evaluasi, membuat, menggali, mengolah).

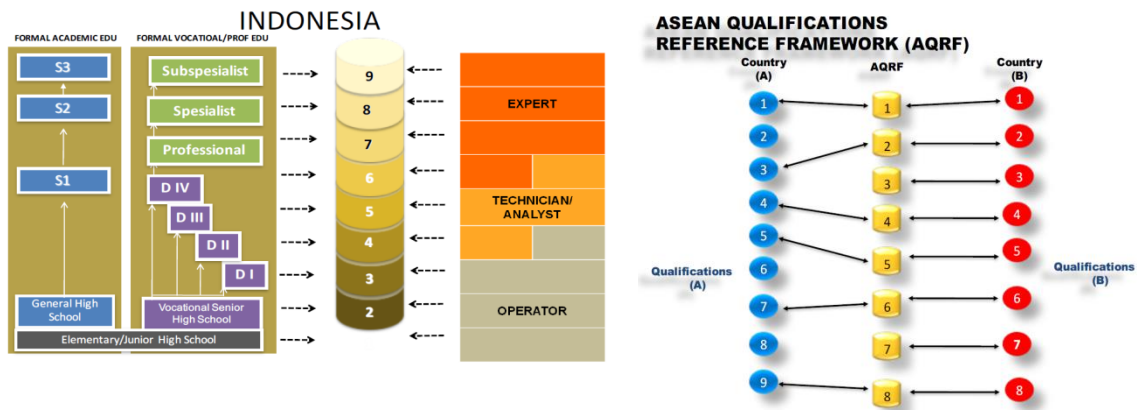
Upaya ini untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi di bidang kedokteran gigi atau mampu mengamalkan keprofesian dokter gigi secara mandiri.

### **Kedudukan dokter di dalam Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI)**

Perkembangan pendidikan tinggi di Indonesia saat ini telah bergerak mengikuti perkembangan masyarakat dunia. Pada tahun 2012, telah ditetapkan Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI). KKNI atau *National Qualification Framework* ditetapkan sebagai mutu dan jati diri Bangsa Indonesia terkait dengan sistem pendidikan dan pelatihan yang dimiliki negara Indonesia. KKNI merupakan kerangka penjenjangan capaian pembelajaran yang dapat menyetarakan luaran (*learning outcome*) bidang pendidikan formal, nonformal, informal, atau pengalaman kerja dalam rangka pemberian pengakuan kompetensi kerja sesuai dengan struktur pekerjaan di berbagai sektor (Peraturan Presiden RI Nomor 8, 2012).

KKNI terdiri atas 9 (sembilan) jenjang kualifikasi, dimulai dari Kualifikasi I sebagai kualifikasi terendah dan Kualifikasi IX sebagai kualifikasi tertinggi (Gambar 2.5.). Jenjang kualifikasi

merupakan tingkatan capaian pembelajaran yang disepakati secara nasional. Melalui KKNI dapat dijelaskan hubungan antara berbagai kualifikasi pendidikan, sehingga dapat dimengerti secara internasional. Pada Peraturan Presiden tentang KKNI pasal 5 huruf (i) dan (j) dinyatakan bahwa lulusan pendidikan profesi setara dengan jenjang 7 atau 8, sedangkan spesialis jenjang 8 atau 9.



**Gambar 2.5. Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia dan Kerangka Kualifikasi ASEAN**

Konsil Kedokteran Indonesia kemudian menindaklanjuti Peraturan Presiden tentang KKNI ini dengan membuat Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia (Perkonsil) Nomor 12 Tahun 2013 tentang Penerapan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia untuk Pendidikan Kedokteran (Perkonsil Nomor 12, 2013). Pada Perkonsil tersebut, pasal 4 ayat (1) menjelaskan bahwa KKNI untuk lulusan pendidikan sarjana kedokteran dan kedokteran gigi adalah jenjang 6, untuk lulusan pendidikan profesi dokter dan dokter gigi setara dengan S2 adalah jenjang 8, dan untuk lulusan dokter spesialis/subspesialis adalah jenjang 9.

Namun pada tahun 2015, Kemenristek Dikti mengeluarkan Permenristekdikti Nomor 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (Permenristekdikti Nomor 44, 2015). Pada Permenristekdikti tersebut, pendidikan profesi diakui sebagai jenjang 7, spesialis 8 dan subspesialis 9. Padahal, program subspesialis ini secara filosofisnya merupakan peminatan dari spesialis terhadap suatu bagian tertentu dari spesialisasinya yang dalam pendidikannya merupakan pendidikan non-formal yang dikenal dalam istilah umum sebagai *fellowship program*. Konsep Kemenristek Dikti ini meniadakan pengakuan Konsil Kedokteran

Indonesia di dalam Perkonsil Nomor 12 Tahun 2013 terhadap Pendidikan Kedokteran.

## **2. Pendirian FK dan FKG**

### **a) Kajian Teoritis**

Untuk mendirikan Fakultas Kedokteran baru di Amerika Serikat, diperlukan beberapa persyaratan. Persyaratan yang utama adalah memperoleh akreditasi untuk mendapat kewenangan dapat memberikan gelar dokter atau *Medical Doctor*. Proses akreditasi berjalan selama satu tahun setelah calon Fakultas Kedokteran memenuhi semua persyaratan minimal penyelenggaraan program studi pendidikan dokter. Persyaratan untuk mendirikan Fakultas Kedokteran baru sangat ketat. Ada serangkaian prosedur yang harus dijalani, termasuk proyeksi pengembangan ke depan, rencana strategis selama 10 tahun, estimasi penerimaan per tahun selama 10 tahun, rekrutmen dosen setiap tahun selama 10 tahun untuk memenuhi kecukupan dosen ilmu biomedis dan ilmu klinik. Selain itu, perlu juga mencantumkan perkiraan kapan Fakultas Kedokteran akan sampai pada titik '*full capacity*', estimasi rekrutmen mahasiswa secara bertahap.

Fakultas Kedokteran perlu memiliki kurikulum yang lengkap dan siap untuk diimplementasikan, termasuk peraturan akademik, sistem penilaian mahasiswa, serta rencana kegiatan riset dan sumber dana untuk riset. Fakultas Kedokteran perlu sudah mempunyai rencana untuk kerja sama dengan sistem pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit pendidikan dan wahana pendidikan yang lain.

Pengkajian perlu tidaknya pendirian Fakultas Kedokteran baru dilakukan oleh semacam badan koordinasi yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk Pemerintah negara bagian dan asosiasi institusi pendidikan kedokteran.

### **b) Kajian Praktik Empirik**

Indonesia kini memiliki 83 Fakultas Kedokteran. Jumlah itu dinilai berlebihan. Namun, Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi akhir Maret lalu justru menyetujui pembukaan delapan Fakultas Kedokteran baru. Pertumbuhan fakultas yang tak terkendali itu mengancam mutu layanan kesehatan dan keselamatan pasien. Sejumlah lembaga berlomba mendirikan FK demi meraup uang besar dari mahasiswa dengan mengabaikan kelayakan dan kepatutan. Sementara calon mahasiswa dan

orangtua berani membayar mahal agar jadi dokter meski kemampuan dan karakter tak memadai.

Menurut Ketua KKI untuk memenuhi kebutuhan tenaga dokter 60 FK telah memadai. Pembentukan FK perlu memperhatikan rasio penduduk, 1 fakultas bagi 4 juta warga, demi kecukupan kasus yang akan dipelajari calon dokter. Pembentukan FK baru diharapkan membuat lulusannya mau bekerja di daerah itu. Nyatanya, mayoritas mahasiswa FK dari luar daerah yang kalah bersaing saat mendaftar FK di daerahnya.

Delapan FK baru yang didirikan pada tahun 2017 berlokasi di Surabaya, Makassar, Ternate, Malang dan Semarang. Di Surabaya, FK ada di Universitas Surabaya, Universitas Ciputra Surabaya, dan Universitas Muhammadiyah Surabaya. Adapun dua lainnya ada di Makassar, yaitu Universitas Bosowa dan Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar. Sementara tiga FK lainnya di Universitas Khairun Ternate, UIN Maulana Malik Ibrahim Malang dan Universitas Wahid Hasyim Semarang.

Dari delapan FK baru itu, lima di antaranya tak direkomendasikan Tim Evaluasi Pengusulan Program Studi Kedokteran yang dibentuk Kemenristek dan Dikti, bahkan satu FK tak diperiksa. Berdasarkan data Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), terdapat 75 FK di seluruh Indonesia. Setelah ada pemberian izin bagi delapan FK baru tadi, maka jumlahnya mencapai 83 FK. Adapun akreditasi A sebanyak 22 FK, akreditasi B sebanyak 37 FK dan akreditasi C sebanyak 24 FK. Artinya, pendidikan kedokteran di Indonesia masih memiliki FK dengan akreditasi C sebanyak 29 persen.

Penolakan atau peninjauan kembali pembukaan FK tidak hanya datang dari YLKI, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), tetapi juga Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia (ISMKI). Pada tahun 2016, dalam laman *change.org* yang telah ditandatangani 4.928 orang, Sekretaris Jenderal ISMKI, Yoga Mirza Pratama mengatakan, keran bagi pembukaan FK baru harus ditutup.

Menurutnya, hasil akreditasi dan kelulusan Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter (UKMPPD) masih kurang memuaskan melihat angka kelulusan beberapa Fakultas Kedokteran yang masih di bawah 50 persen. Banyaknya pendirian FK tanpa sistem seleksi yang ketat, justru menghasilkan Fakultas Kedokteran dengan mutu yang kurang baik, namun menarik dana yang tidak sedikit dari mahasiswa.

Selain itu, lemahnya pengawasan, pembinaan dan pengelolaan dari Kemenristek dan Dikti menyebabkan kurang progresifnya peningkatan mutu dari FK yang sudah ada. Hal ini terlihat dari peningkatan akreditasi yang tidak signifikan dari FK-FK yang sudah berdiri. Padahal, tugas utama Kemenristek Dikti

adalah senantiasa mengembangkan mutu pendidikan, tidak hanya menambah kuantitas tanpa diiringi pengembangan mutu.

Pendidikan Kedokteran adalah pendidikan yang sangat krusial demi kesehatan Indonesia yang lebih baik. Keselamatan pasien harus menjadi fokus utama dari pencetakan dokter-dokter. Dengan pengembangan mutu pendidikan kedokteran yang baik, maka keselamatan pasien pun akan terjamin.

"Penjaminan mutu merupakan dasar utama bagi proses pendidikan program kedokteran, sehingga harus menjadi perhatian khusus bagi pemerintah dan pemangku kepentingan terkait. Proses penjaminan mutu harus dimulai dari hulu (pembukaan Fakultas Kedokteran) sampai ke hilir (Lulusan Fakultas Kedokteran) dengan konsisten," kata Ketua Umum Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia Ilham Oetama Marsis dalam keterangan resminya. Menurut Ilham, penjaminan mutu sangat diperlukan agar masyarakat tidak dirugikan dalam memilih Fakultas Kedokteran yang baik dan sesuai standar yang berlaku, serta lulusan FK sebagai dokter yang profesional dan kompeten. Fakultas Kedokteran yang ada masih memerlukan pembinaan dari pemerintah dan pemangku kepentingan karena masih bervariasinya akreditasi dan angka kelulusan UKMPPD yang cukup lebar.

### **3. Seleksi Calon Mahasiswa FK**

#### **a) Kajian Teoritis**

Proses seleksi mahasiswa di Fakultas Kedokteran di berbagai belahan dunia sangat bervariasi, baik untuk program pendidikan dokter maupun program pendidikan dokter spesialis. Di banyak negara, seleksi mahasiswa kedokteran merupakan bagian dari sistem seleksi perguruan tinggi. Strategi dan kriteria yang digunakan antar Fakultas Kedokteran sangat berbeda tergantung dari nilai dan kebijakan yang dianut perguruan tinggi masing-masing. Isu yang utama dari seleksi mahasiswa adalah sejauh mana praktik seleksi mahasiswa memenuhi kaidah valid, reliabel dan memiliki daya prediksi. Perlu juga dipertimbangkan isu-isu etika dan standar kesehatan.

Sebelum melakukan seleksi mahasiswa, perlu untuk mengidentifikasi kriteria sebagai dasar untuk seleksi mahasiswa. Kriteria ini akan menentukan sejauh mana sebuah proses seleksi mahasiswa memenuhi asas adil, setara, tepat dan *cost-effective*. Hal ini sangat penting karena kita menghendaki calon mahasiswa yang memiliki kapabilitas dan kualitas yang sesuai dengan tujuan pendidikan di akhir program pendidikan.

### ***Intelegensia***

Praktik seleksi mahasiswa yang banyak dilakukan di berbagai negara menggunakan intelegensia sebagai kriteria utama. Intelegensia adalah kemampuan untuk berpikir, menalar dan memahami berbagai hal, termasuk ketika melakukan suatu kegiatan. Seorang dokter ketika melakukan praktik kedokteran tidak hanya sekedar menerapkan keterampilan, akan tetapi ada penalaran klinis yang melandasinya. Penalaran klinis yang ditopang oleh penguasaan ilmu serta pendalaman nilai-nilai moral dan etika yang akan mendorong seorang klinisi untuk dapat bertindak bijaksana untuk memberikan tindakan yang terbaik untuk pasiennya. Berdasarkan literatur, prediktor utama untuk dapat memiliki kinerja yang terbaik dan kemampuan mengikuti suatu program pendidikan adalah intelegensia.

### ***Nilai Inti, Sikap dan Perilaku***

Beberapa Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kedokteran gigi telah menggunakan nilai, sikap dan perilaku sebagai kriteria untuk seleksi. Banyak penelitian telah dikerjakan untuk melihat hubungan antara nilai, sikap dan perilaku dengan kinerja akademik. Dari penelitian mengenai dampak kecenderungan disfungsi pada kinerja akademik, tampak bahwa kepribadian disfungsi yang terwujud dalam bentuk kecemasan, kurang percaya diri, serta ketakutan untuk gagal memiliki dampak negatif terhadap proses belajar, motivasi akademik, kehadiran maupun indeks prestasi. Perilaku yang disfungsi juga akan mendorong timbulnya masalah personal dan hubungan sosial.

Berikut ini beberapa nilai dan perilaku yang dianggap penting untuk dapat menjalankan praktik kedokteran secara optimal dan memberikan hasil yang terbaik untuk pasien: kemampuan komunikasi, perilaku etis, empati, kepemimpinan, motivasi, antusiasme, kematangan, dan tanggungjawab. Hulsman, *et.al.* (2007) melakukan penelitian tentang efektivitas seleksi pada Fakultas Kedokteran. Kriteria yang diukur adalah pencapaian akademik, motivasi, perilaku belajar dan kegiatan ekstrakurikuler. Hasilnya menunjukkan bahwa kriteria motivasi adalah yang paling efektif. Motivasi diukur menggunakan '*Strength of Motivation for Medical School (MMS) questionnaire*' yang merupakan instrumen untuk mengukur kesiapan calon mahasiswa untuk memulai dan melanjutkan pendidikan dokter walaupun harus mengorbankan waktu, biaya, energi, serta kemungkinan timbulnya berbagai kekecewaan.



## **Bahasa**

Bahasa merupakan faktor yang penting untuk dapat terselenggaranya proses akademik dengan lancar yang mendorong keberhasilan mahasiswa. Keterampilan dan kelancaran berbahasa diyakini sebagai faktor penentu keberhasilan. Beberapa Fakultas Kedokteran menerapkan wawancara terstruktur untuk melakukan seleksi terhadap kriteria kemampuan berbahasa ibu, selain adanya tes-tes berbahasa yang diselenggarakan oleh lembaga internasional. Hasil tes bahasa ini juga bisa digunakan untuk diagnostik sehingga selama mahasiswa mengikuti proses pendidikan bisa dilakukan penambahan aktivitas akademik untuk meningkatkan kemampuan berbahasa.

## **Kesehatan**

Kondisi kesehatan banyak digunakan sebagai kriteria seleksi. Hal ini termasuk imunisasi, penilaian terhadap indikator berbagai penyakit infeksi. Data mengenai status kesehatan ini tidak sulit untuk diperoleh.

## **Metode Seleksi Mahasiswa**

Setiap Fakultas Kedokteran harus memiliki kebijakan seleksi yang secara jelas menguraikan bagaimana proses seleksi dilakukan, informasi apa saja yang harus dikumpulkan serta bagaimana pengambilan keputusan dilakukan berbasis informasi yang ada. Metode seleksi mahasiswa harus memenuhi kaidah validitas, reliabilitas, dan kemampulaksanaan.

Berikut ini beberapa metode seleksi yang sering digunakan, antara lain:

## **Tes Akademik**

Kriteria akademik diperoleh dari skor yang dicapai dari ujian sekolah menengah atas atau dari ujian masuk perguruan tinggi atau dari ujian yang dilakukan pada semester 1 selama tahun pertama di perguruan tinggi. Seleksi mahasiswa dan membedakan antar mahasiswa benar-benar dilandasi secara obyektif oleh skor. Mahasiswa dengan skor yang tinggi atau memenuhi '*passing grade*' akan diterima, sedangkan mahasiswa dengan skor yang rendah atau di bawah *passing grade* tidak diterima. Hal ini dilandasi oleh berbagai hasil kajian bahwa mahasiswa dengan nilai akademik yang lebih tinggi pada waktu masuk akan diprediksi memiliki kinerja yang lebih baik selama menyelesaikan program pendidikan dokter, termasuk kemungkinan keberhasilan yang lebih tinggi pada waktu menyelesaikan pendidikan spesialis. Walaupun ada argumentasi bahwa mereka yang memperoleh skor tinggi belum tentu dapat berpraktik sebagai dokter yang baik.

Sistem seleksi berdasarkan kriteria akademik memiliki beberapa keuntungan, antara lain transparansi, mudah dilaksanakan, biaya murah, waktu singkat. Sedangkan kesulitan yang timbul adalah perbandingan nilai dari berbagai satuan pendidikan.

### ***Tes Aptitude***

Tes aptitude banyak digunakan untuk seleksi masuk ke pendidikan kedokteran. Dari berbagai penelitian, tes aptitude telah distandarisasi dan memiliki '*predictive power*' untuk mengidentifikasi calon yang memiliki peluang keberhasilannya tinggi.

### ***Tes Psikometri***

Profesi dokter membutuhkan seseorang yang memiliki atribut kepribadian berbudaya menolong, peduli dan empati. Untuk menyeleksi calon mahasiswa dengan atribut kepribadian seperti ini, telah dikembangkan tes psikometri dan metode wawancara untuk mengidentifikasi individu yang memiliki atribut tersebut. Tes psikometri biasanya termasuk penalaran, kemampuan pemecahan masalah, keterampilan analitis, keterampilan non verbal, perilaku sosial, penalaran etis dan moral. Telah banyak dikembangkan pula kuesioner motivasi dan kepribadian yang telah diuji reliabilitasnya. Kelemahan dari tes psikometri adalah membutuhkan waktu yang lama dan karakteristik yang dinilai tidak secara langsung berhubungan dengan karir kedokteran yang akan dituju.

### ***Wawancara***

Wawancara yang dilakukan dalam proses seleksi biasanya mempunyai beberapa fungsi, antara lain untuk mengumpulkan informasi, pembuatan keputusan, verifikasi pelamar dan rekrutmen. Dengan wawancara, tim seleksi mahasiswa dapat mengumpulkan informasi tentang calon mahasiswa yang sulit diperoleh melalui metode yang lain. Sebelum melakukan wawancara perlu dilakukan perencanaan untuk menstrukturkan pertanyaan dengan mempertimbangkan: kriteria apa yang mendukung keberhasilan mahasiswa, standarisasi pertanyaan, memberikan contoh-contoh pertanyaan serta pelatihan terhadap pewawancara. Dengan semakin baiknya struktur pertanyaan, maka reliabilitas dan validitas proses wawancara dapat ditingkatkan. Penelitian oleh McMannus menunjukkan bahwa untuk menilai perilaku, catatan perilaku di masa lalu ternyata lebih efektif daripada pertanyaan interview yang bersifat hipotetis di masa depan.

Kelemahan utama dari wawancara terstruktur dalam seleksi mahasiswa adalah biaya dan waktu yang dibutuhkan, baik oleh institusi pendidikan maupun oleh mahasiswa. Beberapa ahli berpendapat bahwa sulit untuk menggunakan wawancara untuk menilai sikap dan kepribadian seorang remaja usia 18 tahun karena masih dalam tahap perkembangan.

### ***Biodata***

Biodata adalah informasi yang banyak digunakan untuk seleksi mahasiswa berdasarkan salah satu asumsi psikologis bahwa prediktor terbaik dari perilaku di masa depan adalah perilaku di masa lalu. Walaupun demikian, hal ini tidak selalu terjadi, karena dalam perjalanannya manusia dapat berubah.

## **b) Kajian Praktik Empirik**

Setiap tahunnya Fakultas Kedokteran di Indonesia cenderung diminati cukup banyak siswa. Jalur seleksi yang dilaksanakan terutama adalah dengan tes akademik. Di seluruh Fakultas Kedokteran Perguruan Tinggi Negeri, pada umumnya terdapat beberapa jalur seleksi yang bisa diikuti oleh calon mahasiswa. Seleksi Nasional Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SNMPTN) dan Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN) merupakan seleksi masuk bagi semua Perguruan Tinggi Negeri di Indonesia, baik yang berada di bawah Kemristek Dikti ataupun Kementerian yang menyelenggarakan Pendidikan Tinggi dalam bentuk Universitas lainnya.

Sistem penerimaan Seleksi Nasional Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SNMPTN) adalah berdasarkan pada prestasi akademik siswa pesertanya di sekolah. Sekolah yang berhak mengikutsertakan siswanya adalah SMA/SMK/MA/MAK yang mempunyai Nomor Pokok Sekolah Nasional (NPSN) dan yang mengisikan data prestasi siswa di Pangkalan Data Sekolah dan Siswa (PDSS). Siswa yang berhak mengikuti seleksi adalah siswa yang memiliki rekam jejak prestasi akademik di PDSS, mempunyai Nomor Induk Siswa Nasional (NISN) dan Nomor Ujian Nasional (NUN) serta mendaftarkan diri sebagai peserta SNMPTN. Sedangkan Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN) adalah seleksi penerimaan calon mahasiswa dengan ujian tertulis yang dilaksanakan secara nasional. Untuk Fakultas Kedokteran, mahasiswa disyaratkan adalah lulusan SMA dan hanya dapat diikuti bagi siswa yang mengambil jurusan IPA.

Jalur seleksi lainnya antara lain adalah jalur tes yang dilaksanakan melalui ujian mandiri dari universitas masing-masing, ataupun seleksi jalur lain seperti penelusuran bibit

unggul atau kerja sama dengan beasiswa pemerintah daerah ataupun kementerian. Jalur seleksi ini memiliki target sasaran yang berbeda-beda, seperti untuk siswa tidak mampu secara ekonomi (pendapatan kotor gabungan orang tua/wali dibagi jumlah anggota keluarga sebesar-besarnya Rp. 750.000,- setiap bulannya) yang memiliki kemampuan akademik tinggi sebagai bentuk pertanggungjawaban sosial universitas dengan beasiswa hingga selesai pendidikan, atau bagi siswa pemenang lomba di bidang olahraga atau seni di tingkat provinsi, nasional atau finalis tingkat internasional. Untuk jalur seleksi tes akademik yang dilakukan mandiri oleh institusinya, pada umumnya calon mahasiswa yang mendaftar maksimal dapat mengikuti tes akademik ini hingga 3 tahun setelah lulus. Jika lebih dari itu, untuk Fakultas Kedokteran tidak dapat diterima. Untuk seleksi masuk bagi Perguruan Tinggi Swasta, pada umumnya selain tes, jalur seleksi juga dibuka untuk mahasiswa berprestasi. Untuk seleksi masuk, tes kesehatan juga merupakan keharusan bagi penerimaan mahasiswa baru. Tes ini digunakan terutama untuk menjaring mahasiswa yang rentan untuk mengikuti kegiatan pendidikan kedokteran.

Pada beberapa Fakultas Kedokteran telah terdapat ujian lain seperti Tes Potensi Akademik (TPA), tes psikologi dan wawancara. Namun tes ini tidak dilaksanakan sebagai keharusan bagi seluruh Fakultas Kedokteran, sehingga kualitas calon mahasiswa dapat berbeda terutama dalam hal motivasi, ketahanan mental dan keteguhan hati dalam menjalani pendidikan kedokteran.

Jika dilihat dari kuota masuk, tahun 2017 ini telah diterbitkan Permenristek Dikti Nomor 43 Tahun 2017 tentang Kuota Nasional dan Seleksi Penerimaan Mahasiswa Baru Program Studi Kedokteran dan Kedokteran Gigi. Pada Permenristek ini, setelah melalui tes akademik, calon mahasiswa diwajibkan melakukan tes kesehatan, tes bakat dan kepribadian yang dikembangkan sesuai standar nasional pendidikan kedokteran. Selain itu, terdapat kriteria perhitungan kuota mahasiswa bagi program studi kedokteran. Kriteria tersebut antara lain adalah akreditasi prodi kedokteran program sarjana, kelulusan UKMPPD, wahana RS pendidikan utama dan rasio dosen: mahasiswa (S1). Dari nilai maksimal kriteria penilaian, kuota maksimal adalah 250 siswa baru, dan nilai minimal, kuota maksimal adalah 50 siswa baru. Kuota siswa baru bagi program studi baru (peringkat akreditasi minimal) adalah 50 siswa (Permenristek Dikti Nomor 43, 2017). Pelaksanaan peraturan ini diharapkan dapat memperbaiki mutu pendidikan kedokteran di Indonesia. Namun, hal terpenting

dari implementasi peraturan ini adalah pengawasan dan evaluasi pelaksanaannya.

#### **4. Pembiayaan Pendidikan Kedokteran**

##### **a) Kajian Teoritis**

Pembiayaan pendidikan merupakan komponen penting yang melekat dalam penyelenggaraan proses pembelajaran. Penggunaan anggaran pendidikan secara efektif dan efisien diharapkan akan menghasilkan lulusan yang berkualitas sesuai kebutuhan dunia kerja. Salah satu kunci keberhasilan pembangunan pendidikan adalah terdapatnya pengelolaan anggaran yang mengacu pada kebutuhan pokok dan skala prioritas program pembangunan pendidikan tahunan yang dilaksanakan bertahap dan berkesinambungan berdasarkan perencanaan program. Pemerintah memiliki peran penting untuk membentuk situasi dan kondisi penyelenggaraan dan pengelolaan pendidikan yang demokratis dan berkeadilan sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional pada pasal 4, yaitu “pendidikan diselenggarakan secara demokratis dan berkeadilan serta tidak diskriminatif dengan menjunjung tinggi hak asasi manusia, nilai keagamaan, nilai kultural, dan kemajemukan bangsa”. Yang dimaksud dengan tidak diskriminatif dalam lingkup pembiayaan pendidikan adalah setiap warga Negara yang memiliki keinginan untuk mengikuti pendidikan sebagai upaya untuk meningkatkan potensi dirinya berhak mendapat perlakuan pembiayaan pendidikan dan kualitas pendidikan yang sama.

Pembiayaan pendidikan merupakan tanggung jawab bersama antara Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat sesuai amanat Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Pasal 46 ayat (1). Berdasarkan Undang-Undang tersebut, pemerintah memiliki kewajiban mengalokasikan biaya pendidikan 20% dari APBN maupun APBD agar masyarakat dapat memperoleh pelayanan pendidikan. Ketentuan ini memberikan jaminan bahwa ada alokasi dana yang secara pasti digunakan untuk penyelenggaraan pendidikan. Namun, pada pelaksanaannya Pemerintah belum memiliki kapasitas finansial yang memadai, sehingga alokasi dana tersebut diberikan secara bertahap dan berkesinambungan dengan komitmen untuk peningkatan alokasi setiap tahunnya.

Peningkatan kualitas pendidikan diharapkan dapat menghasilkan manfaat berupa peningkatan kualitas lulusan dan selain itu, prioritas alokasi pembiayaan pendidikan terutama untuk mengatasi masalah pemenuhan jumlah dokter Indonesia.

Untuk meningkatkan kualitas lulusan, perlu diukur efektivitas pembiayaan pendidikan. Menurut pendekatan teori *Human Capital*, terdapat hubungan linier antara investasi pendidikan dengan *Higher Productivity* dan *Higher Earning*. (W. P, 2013).

Dalam upaya mengembangkan suatu sistem pendidikan nasional, administrasi pembiayaan minimal mencakup perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan untuk mewujudkan efektivitas pembiayaan pendidikan. Kajian biaya pendidikan berkaitan erat dengan teori/konsep ekonomi pendidikan. Ekonomi pendidikan berkaitan dengan: 1) proses pelaksanaan pendidikan; 2) distribusi pendidikan di kalangan individu dan kelompok yang memerlukan; dan 3) biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat atau individu untuk kegiatan pendidikan, dan jenis kegiatan apa yang dibutuhkan.

Standar pembiayaan adalah kriteria minimal mengenai komponen dan besaran biaya operasional pendidikan tinggi per mahasiswa per tahun atau disebut dengan standar satuan biaya operasional pendidikan tinggi. Standar ini menjadi dasar bagi setiap perguruan tinggi untuk menyusun anggaran pendapatan dan belanja tahunan dan menetapkan biaya yang ditanggung oleh mahasiswa.

Biaya operasional pendidikan tinggi adalah bagian dari biaya pendidikan tinggi yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan pendidikan agar dapat memenuhi Standar Nasional Pendidikan Tinggi secara teratur dan berkelanjutan. Standar satuan biaya operasional pendidikan tinggi ditetapkan oleh Menteri secara periodik berdasarkan usulan badan yang bertugas menyusun dan mengembangkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi dengan mempertimbangkan capaian Standar Nasional Pendidikan Tinggi, jenis Program Studi dan indeks kemahalan wilayah.

Standar satuan biaya operasional pendidikan tinggi menjadi dasar untuk mengalokasikan anggaran dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara untuk Perguruan Tinggi Negeri. Standar satuan biaya operasional pendidikan tinggi menjadi dasar bagi setiap perguruan tinggi untuk menyusun Anggaran Pendapatan dan Belanja Perguruan Tinggi tahunan dan menetapkan biaya yang ditanggung oleh Mahasiswa. Biaya yang ditanggung oleh mahasiswa disesuaikan dengan kemampuan ekonomi mahasiswa, orang tua mahasiswa, atau pihak lain yang membiayainya.

Pembiayaan pendidikan terdiri atas biaya investasi, biaya operasional, dan biaya personal. Biaya investasi satuan pendidikan meliputi biaya penyediaan sarana dan prasarana,

pengembangan sumber daya manusia, dan modal kerja tetap. Biaya operasional meliputi:

a. Biaya bagi pendidik dan tenaga kependidikan.

Biaya pendidik meliputi biaya gaji, tunjangan yang melekat pada gaji, serta biaya tunjangan profesi, tunjangan fungsional, tunjangan khusus, tunjangan kehormatan, serta maslahat tambahan yang terkait dengan tugas sebagai dosen.

Biaya tenaga kependidikan meliputi biaya gaji, tunjangan yang melekat pada gaji, serta biaya maslahat tambahan lain yang terkait dengan tugas sebagai tenaga kependidikan.

b. Biaya bahan atau peralatan habis pakai adalah biaya bahan dan peralatan yang habis untuk melaksanakan Tridharma perguruan tinggi, meliputi biaya: a. perkuliahan; b. praktikum; c. praktek lapangan, PKL atau PPL; d. KKN; e. tugas akhir; f. pelayanan dan pemeliharaan koleksi perpustakaan; g. yudisium; h. wisuda; i. penjaminan mutu akademik; j. penelitian; k. pengabdian kepada masyarakat; l. kemahasiswaan; dan m. administrasi pendidikan.

c. Biaya operasional tidak langsung adalah seluruh biaya yang tidak berkaitan secara langsung dengan proses tri dharma, meliputi biaya-biaya: a. manajemen insititusi perguruan tinggi; b. pemeliharaan lingkungan kampus, gedung, kendaraan, peralatan laboratorium, furnitur, media pembelajaran, AC, lift dan komputer perkantoran; c. keamanan kampus; d. transportasi; e. asuransi; f. pelayanan kesehatan; g. listrik, air, jasa telekomunikasi, bahan bakar dan lisensi.

Sedangkan biaya personal meliputi biaya pendidikan yang harus dikeluarkan oleh peserta didik untuk bisa mengikuti proses pembelajaran secara teratur dan berkelanjutan.

Dalam biaya operasional pendidikan, biaya rutin menjadi dasar perhitungan biaya "*per student enrolled*". Biaya rutin dipengaruhi oleh 3 (tiga) faktor utama, yaitu: 1) rata-rata gaji SDM per tahun; 2) ratio dosen, mahasiswa dan proporsi gaji dosen terhadap keseluruhan biaya rutin; dan 3) biaya pembangunan (*capital cost*), merupakan biaya yang digunakan untuk pembelian tanah, pembangunan ruang kelas, perpustakaan, lapangan olah raga, konstruksi bangunan, pengadaan perlengkapan mobelair, biaya penggantian dan perbaikan.

Dalam menghitung biaya pembangunan ada beberapa faktor yang harus dipertimbangkan. Pertama, tempat yang

menyenangkan untuk belajar, biaya lokasi atau tapak (*site*), dan biaya perabot dan peralatan. Kedua: biaya tidak langsung (*indirect cost*) dapat dimaknai sebagai biaya yang umumnya meliputi hilangnya pendapatan peserta didik karena sedang mengikuti pendidikan (*learning foregone by students*), bebasnya beban pajak karena sifat sekolah yang tidak mencari laba (*cost of tax exemption*), bebasnya sewa perangkat sekolah yang tidak dipakai secara langsung dalam proses pendidikan serta penyusutan sebagai cermin pemakaian perangkat sekolah yang sudah lama dipergunakan (*implicit rent and depreciation*). Jenis-jenis biaya yang merupakan bagian dari biaya tidak langsung (*indirect cost*), yaitu: 1) biaya pribadi (*private cost*), adalah biaya yang dikeluarkan keluarga untuk membiayai sekolah anaknya dan termasuk di dalamnya *foregone opportunities*; 2) biaya masyarakat (*social cost*), adalah biaya yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk membiayai sekolah (di dalamnya termasuk biaya pribadi); 3) *monetary cost* adalah semua bentuk pengeluaran dalam bentuk uang, baik langsung maupun tidak langsung yang dikeluarkan untuk kegiatan pendidikan; 4) *non monetary cost* adalah semua bentuk pengeluaran yang tidak dalam bentuk uang, meskipun dapat dinilai ke dalam bentuk uang, baik langsung maupun tidak langsung yang dikeluarkan untuk kegiatan pendidikan, misalnya materi, waktu, tenaga, dan lain-lain.

Faktor-faktor yang signifikan mempengaruhi mutu pendidikan, yaitu terdiri dari faktor internal dan eksternal pendidikan. Faktor internal meliputi kesejahteraan dan kemampuan dosen, sarana pembelajaran dan referensi pembelajaran. Faktor internal ini memerlukan skala prioritas dalam mendapatkan alokasi biaya. Faktor eksternal pendidikan terdiri dari keadaan ekonomi dan aspirasi dari orang tua atau keluarga. Anggaran seharusnya dapat memberikan manfaat yang terdiri dari tiga jenis, yaitu: 1) sebagai alat penaksir; 2) sebagai alat otorisasi pengeluaran dana, dan; 3) sebagai alat efisiensi.

Anggaran sebagai alat efisiensi merupakan fungsi yang paling krusial dalam pengendalian, yaitu jumlah anggaran yang didasarkan atas angka-angka yang standar dibandingkan dengan realisasi biaya yang melebihi atau kurang, untuk menganalisis ada atau tidak adanya pemborosan atau penghematan. Efisiensi pendidikan menggambarkan hubungan antara *input* dan *output* atau antara masukan dan keluaran.

Analisis biaya dalam pendidikan mencakup keefektifan *biaya (cost effectiveness)*, keuntungan biaya (*cost benefit*),



kemanfaatan biaya (*cost-utility*), dan kefisibilitas biaya (*costfeasibility*). Uraian terhadap analisis biaya tersebut sebagai berikut:

a) Analisis keefektifan biaya.

Biaya pendidikan digunakan secara efektif adalah apabila biaya tersebut dapat membawa peserta didik target capaian dari tujuan pendidikan sesuai dengan perencanaan awal.

b) Analisis keuntungan biaya.

Analisis ini menghubungkan antara besar biaya yang dikeluarkan dengan besar pendapatan setelah menjalani pendidikan atau latihan;

c) Analisis kemanfaatan biaya adalah analisis yang berusaha membandingkan biaya yang digunakan oleh suatu alternatif dengan estimasi manfaatnya atau nilai *outcomenya*; dan

d) Analisis visibilitas biaya.

Analisis ini tidak dapat diukur secara kuantitatif, namun dilihat dari kecukupan biaya alternatif dibandingkan dana yang tersedia. Bila biaya alternatif melebihi dana dan sumber-sumber pendidikan lainnya, maka rencana itu tidak dapat dilaksanakan, atau alternatif tersebut tidak fisibel.

**b) Kajian Praktik Empirik**

Dari beberapa data yang diperoleh dari beberapa Fakultas Kedokteran, biaya pendidikan kedokteran dari awal hingga selesai pendidikan sangat bervariasi. Untuk Fakultas Kedokteran Negeri, dengan diberlakukannya Uang Kuliah Tunggal (UKT) yang tanpa dibebani dengan biaya sumbangan pendidikan, terbagi dalam beberapa golongan. Golongan I pada umumnya untuk masyarakat yang tidak mampu yang berhasil diterima di Fakultas Kedokteran Negeri, beban biaya dapat berkisar 0 hingga 6 juta hingga lulus program profesi, sedangkan untuk golongan II hingga golongan V hingga selesai pendidikan program profesi dapat dibebani biaya mulai dari 11 juta hingga sekitar 500 juta. Jika Di Fakultas Kedokteran Swasta, kisaran biaya menjadi lebih besar tinggi, karena perguruan tinggi swasta tidak menerima subsidi, sehingga sebagian besar biaya pendidikan dibebankan kepada mahasiswa. Adapun biaya di Fakultas Kedokteran Swasta, hingga selesai pendidikan, maka dibutuhkan tersedianya anggaran antara kisaran 100 juta hingga 600 juta rupiah, bergantung kepada Fakultas Kedokteran Swasta yang dituju.

Biaya tinggi juga dipicu dari peningkatan kebutuhan pendidikan kedokteran, terutama dalam infrastruktur dan

sumberdaya pendidik akibat adanya perubahan metode pembelajaran dengan menggunakan PBL yang dimulai sejak tahun 2006. PBL dilaksanakan pada hampir seluruh Fakultas Kedokteran di Indonesia. Dampak dari implementasi metode PBL adalah tingginya kebutuhan infrastruktur seperti ruang belajar kelompok untuk diskusi dan kegiatan pelatihan keterampilan klinis, dan serta fasilitas pendukung pembelajaran bagi mahasiswa terutama untuk mendukung mahasiswa pada saat belajar mandiri. Metode PBL membutuhkan sumberdaya dosen yang cukup besar dibutuhkan, perbandingan mahasiswa 1 : 10 pada satu waktu, sehingga pendidik dalam pada saat pelaksanaannya. Dampak ini berpengaruh pada tingginya biaya yang dibutuhkan seorang peserta didik untuk menjadi seorang dokter. Tingginya biaya ini pada akhirnya dibebankan kepada peserta didik.

Pembiayaan tersebut baru dilihat dari pendidikan dokter yang nantinya akan berpraktik di fasilitas pelayanan tingkat pertama. Jika dokter ingin melanjutkan pendidikan ke jenjang spesialisasi, biaya pendidikan yang harus dikeluarkan juga tidak sedikit. Selain biaya wajib dari program spesialis yang bersangkutan, budaya pendidikan kedokteran tahap residensi di Rumah Sakit Pendidikan juga akan membutuhkan biaya non-formal yang cukup tinggi. Biaya formal pendidikan dokter spesialis yang seluruhnya diadakan di Fakultas Kedokteran Negeri terdiri dari beberapa jenis pembiayaan, yaitu secara reguler, tugas belajar dari Kementerian Kesehatan ataupun kemitraan. Besar biaya per semester bervariasi antara 8,5 juta hingga 75 juta dengan jumlah semester juga bervariasi antara 7 hingga 11 semester. Jika diperkirakan kebutuhan biaya selama pendidikan, maka dibutuhkan biaya 60 juta hingga sekitar 800 juta hingga selesai pendidikan tergantung dari jenis spesialisasi yang diikuti.

Tingginya biaya pendidikan kedokteran terutama di Fakultas Kedokteran Swasta yang jumlahnya lebih tinggi dibandingkan Fakultas Kedokteran Negeri, maka dapat diperkirakan golongan ekonomi mahasiswa yang dapat mengikuti pendidikan kedokteran dan kondisi lulusan dokter yang akan dihasilkan dari Fakultas Kedokteran dengan biaya pendidikan yang mahal. Pada saat yang sama komersialisasi pendidikan kedokteran belum tentu sejalan dengan pemenuhan Fakultas Kedokteran terhadap kebutuhan tersedianya aspek input seperti sarana prasarana dan fasilitas pembelajaran, sumber daya pendidikan dan tenaga kependidikan, serta kurikulum dan proses pembelajaran yang berkualitas.

## 5. Standar Kompetensi Dokter dan Standar Pendidikan Profesi Dokter

### a) Kajian Teori

Standar menurut Poerwadarminta (2007) adalah ukuran atau sesuatu yang dipakai sebagai contoh atau dasar yang sah bagi ukuran. Sedangkan, arti nasional adalah kebangsaan. Adapun Standar nasional pendidikan adalah kriteria minimal tentang sistem pendidikan di seluruh wilayah hukum negara kesatuan Republik Indonesia sehingga standar nasional pendidikan adalah batas minimal tentang sistem pendidikan bagi penyelenggara pendidikan negara kesatuan Republik Indonesia. Jadi, standar nasional pendidikan adalah batas minimal tentang sistem pendidikan bagi penyelenggara pendidikan bisa melakukan suatu proses pendidikan di seluruh wilayah hukum negara kesatuan republik Indonesia. Standar Nasional Pendidikan berfungsi sebagai dasar dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan pendidikan dalam rangka mewujudkan pendidikan nasional yang bermutu. Standar Nasional Pendidikan bertujuan menjamin mutu pendidikan nasional dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat. Standar Nasional Pendidikan disempurnakan secara terencana, terarah, dan berkelanjutan sesuai dengan tuntutan perubahan kehidupan lokal, nasional, dan global.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Indonesia menganut Sistem Pendidikan Berbasis Standar (*standard-based education system*). Sistem pendidikan berbasis standar mengharuskan sebuah negara memiliki standar nasional pendidikan yang menjadi acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam menyelenggarakan pendidikan nasional. Fungsi standar di dalam pendidikan berbasis standar, bukan untuk menghukum atau memberikan sanksi, akan tetapi sebagai pendorong dan pemacu agar terjadi peningkatan berkelanjutan. Standar juga dapat berfungsi sebagai tolok ukur (*benchmark*), maupun sebagai arah (*direction*) dan petunjuk (*guidance*) untuk perencanaan dan pengembangan program. Standar bisa digunakan untuk melakukan penyetaraan atau perbandingan antara berbagai institusi pendidikan.

Dengan adanya globalisasi yang ditandai dengan berbagai kerja sama mobilisasi barang dan jasa antar negara, baik di tingkat regional maupun di tingkat internasional, keberadaan standar menjadi penting. Standar bisa menjadi penapis bagi masuknya tenaga kerja asing ke Indonesia karena *Mutual Recognition Agreement* di dalam Masyarakat Ekonomi

Asean (MEA). Dengan semakin intensifnya mobilisasi barang dan jasa, standar nasional dianggap belum mencukupi, sehingga muncul berbagai inisiatif untuk menyusun standar regional maupun standar global dari berbagai asosiasi maupun lembaga-lembaga independen. Dengan adanya standar regional atau standar global ini, akan meningkatkan '*public trust*' atau kepercayaan masyarakat terhadap mutu pendidikan maupun mutu tenaga kerja.

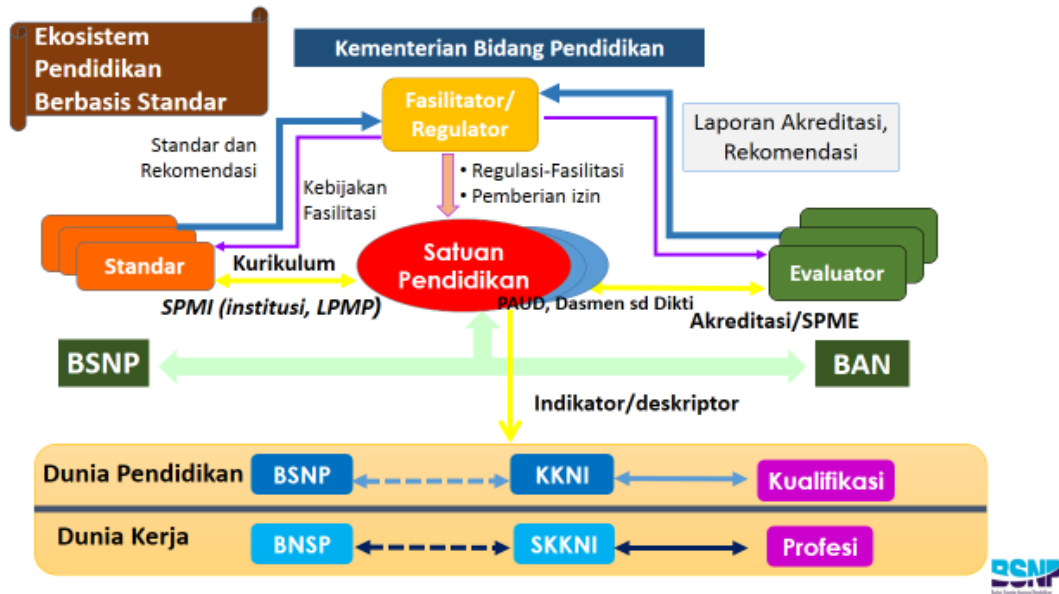
Di Amerika Serikat, gerakan *national standards* dimulai karena adanya kekecewaan terhadap hasil tes *achievement* pada awal 1970an untuk siswa USA. Hal ini menyadarkan para legislator, pemerintah pusat dan pemerintah negara bagian, akademisi, dll mengenai perlunya peningkatan mutu pendidikan. Selama periode 1980an, hasil tes PISA untuk matematika dan sains untuk siswa di USA hasilnya rendah. Selain itu, pada tahun 1980an timbul pandangan bahwa sekolah tidak hanya dinilai dari inputnya, tetapi juga dari outputnya yaitu '*student performance*'. Lalu adanya gap yang besar atas hasil *student achievement test* antar berbagai siswa dari latar belakang yang berbeda (etnik, ras, geografi, agama, dll). Hal ini mendorong isu '*social equity*'. Kondisi ekonomi tahun 1980an, adanya pertumbuhan ekonomi yang tinggi, sehingga terjadi gap antara siswa yang berpendidikan tinggi dan berpendidikan rendah, sehingga diperkirakan perlunya peningkatan *knowledge and skill* dari para siswa. Kekhawatiran dari bangsa Amerika, bila generasi mudanya kurang kompeten akan berpengaruh pada daya saing dan produktivitas bangsa. Standar nasional pendidikan di US lebih mengarah pada standar kompetensi lulusan dan penilaian untuk mengecek pencapaian kompetensi lulusan.

Untuk pendidikan kedokteran yang memiliki kekhususan terkait dengan harkat hidup manusia, maka pendidikan kedokteran membutuhkan Standar Nasional Pendidikan Kedokteran yang disusun berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

#### **b) Kajian Praktik Empiris**

Di Indonesia, Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional telah menggariskan bahwa standar nasional pendidikan terdiri dari delapan standar, yaitu Standar Kompetensi Lulusan, Standar Isi, Standar Proses, Standar Penilaian, Standar Pendidik dan Tenaga kependidikan, Standar Sarana Prasarana, Standar Pengelolaan dan Standar Pembiayaan. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan yang diperbarui dengan

Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 2013 dan pembaruan terakhir pada Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2015 menjelaskan lebih rinci ke delapan standar tersebut. Secara skematis kedudukan standar nasional pendidikan di dalam 'Ekosistem Pendidikan Nasional' dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 2.6. Ekosistem Pendidikan Berbasis Standar**

Dari diagram ini jelas terlihat bahwa pendidikan berbasis standar dimulai dari adanya standar yang disusun oleh Badan Standar Nasional Pendidikan atau badan lain yang mendapat otoritas untuk menyusun standar (misalnya Konsil Kedokteran Indonesia) yang akan ditetapkan dalam bentuk peraturan menteri sehingga mengikat untuk semua satuan pendidikan. Fungsi Kementerian bidang pendidikan, baik Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan maupun Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi adalah sebagai regulator dan fasilitator agar satuan pendidikan termotivasi untuk berupaya mencapai standar nasional pendidikan. Pemerintah membentuk Badan Akreditasi Nasional atau Lembaga Akreditasi Mandiri untuk melakukan akreditasi sebagai suatu mekanisme sistem penjaminan mutu eksternal yang akan menilai sejauh mana pencapaian kedelapan Standar Nasional Pendidikan atau keduapuluh empat Standar Nasional Pendidikan Tinggi. Hasil penilaian akan dilaporkan kepada Pemerintah termasuk rekomendasinya. Berdasarkan rekomendasi ini, Pemerintah mengetahui apa saja yang harus diperbaiki atau ditingkatkan.

Dalam Pertimbangan yang mendasari Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran: “penyelenggaraan praktik kedokteran yang merupakan inti dari berbagai kegiatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh dokter dan dokter gigi yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian dan kewenangan yang secara terus-menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, lisensi, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi”. Dengan demikian diperlukan Dokter dengan kompetensi untuk menjalankan wewenang seperti yang dijabarkan didalam perundangan dan peraturan di atas.

Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) telah digunakan sebagai standar minimal kompetensi pendidikan kedokteran dan profesi dokter sejak pertama kali disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) tahun 2006 dan direvisi tahun 2012. Hal ini sesuai dengan amanah Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Kompetensi lulusan yang dirumuskan tahun 2012, sampai saat ini masih relevan dengan kebutuhan nasional untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, serta perkembangan yang terjadi di masyarakat saat ini. Namun demikian berbagai perkembangan yang terjadi memerlukan perhatian penyelenggaraan pendidikan dokter untuk mempersiapkan dokter di masa yang akan datang sesuai dengan tuntutan zaman. Oleh karena itu, saat ini sedang dilakukan revisi terhadap SKDI 2012.

Untuk acuan penyelenggaraan program studi Dokter, telah disusun Standar Pendidikan Profesi Dokter (SPPD) yang ditetapkan bersamaan dengan SKDI. SPPD yang berlaku saat ini adalah SPPD Edisi 2 tahun 2012. Dengan adanya berbagai peraturan perundangan yang terkini untuk pendidikan kedokteran serta pendidikan tinggi 4.0, maka diperlukan peninjauan kembali dan revisi terhadap SPPD 2012.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, untuk penyusunan standar kompetensi dan standar pendidikan dokter/dokter gigi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran memegang peran untuk menginisiasi dan membentuk kelompok kerja yang melibat Kolegium Dokter Indonesia. Selama rangkaian proses penyusunan SKDI dan SPPD, pemangku kepentingan lain ikut

diundang. Sedangkan untuk kompetensi dan standar pendidikan profesi dokter spesialis/dokter gigi spesialis diinisiasi oleh Kolegium terkait dan bekerja sama dengan Asosiasi pendidikan kedokteran. Demikian halnya pula dengan standar pendidikan profesi dokter yang disusun secara bersama-sama dengan melibatkan pemangku kepentingan.

## **6. Internsip**

### **a) Kajian Teoritik**

Internsip adalah pemahiran ilmu kedokteran dan keterampilan klinis. Internsip merupakan proses pematapan mutu profesi dokter untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan, secara terintegrasi, komprehensif, mandiri serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan.

Di beberapa negara Eropa program internsip berlangsung selama 2 sampai dengan 3 tahun setelah lulus pendidikan dokter. Di Australia, program internsip dinyatakan sebagai model campuran antara pendidikan terintegrasi dan praktik dengan supervisi. Beberapa bentuk pendidikannya dilaksanakan spesifik. Pelaksanaan internsip bagi mahasiswa yang akan berpraktik umum akan berbeda dengan yang mengambil spesialisasi. Pelaksanaan kegiatannya pada berbagai macam bentuk pelayanan kesehatan, mencakup rumah sakit, praktik umum dan Puskesmas. Pelaksanaan internsip bervariasi kepada target lulusan. Pengelolaan program dilakukan secara mandiri untuk pengembangan kebijakan dan proses pelaksanaannya. Struktur organisasinya mencakup staf dengan kualifikasi dan jumlah yang sesuai untuk mencapai sasaran program. Ujian bagi peserta internsip dilakukan dengan standar registrasi dan untuk mendapatkan sertifikat penyelesaian pendidikan. Pelaksanaannya dilakukan sama untuk semua peserta dan pada interval yang sesuai dengan kewajiban untuk menunjukkan keterampilan klinis (Australian Medical Council, 2016).

### **b) Kajian Praktik Empirik**

Berdasarkan Undang-undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran pasal 7 ayat (7): Program profesi dokter dan dokter gigi dilanjutkan dengan Program Internsip. Penjelasan pasal 7 ayat (7): Internsip adalah pemahiran dan pemandirian dokter yang merupakan bagian dari Program penempatan wajib sementara paling lama 1 (satu)

tahun, Pasal 38 ayat (2): penempatan wajib sementara pada Program Internsip dihitung sebagai masa kerja merupakan dasar hukum Internsip.

Tujuan dari dilaksanakannya program internsip dinyatakan sebagai bagian dari program penempatan wajib sementara yang menjamin pemerataan lulusan terdistribusi ke seluruh wilayah NKRI dan dilaksanakan paling lama 1 (satu) tahun. Di Indonesia secara resmi program ini telah dibahas dan disepakati oleh Kementerian Kesehatan, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Kementerian Pendidikan Nasional sejak tahun 2008. Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI) dilaksanakan selama 1 (satu) tahun, yaitu 8 bulan di Rumah Sakit dan 4 bulan di Puskesmas.

Legal penyelenggaraan program internsip dokter di Indonesia adalah Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 299/Menkes/Per/II/2010 tentang Penyelenggaraan Program Internsip dan Penempatan Dokter Pasca Internsip. Konsil Kedokteran Indonesia telah menerbitkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 1/KKI/Per/2010 tentang Registrasi Dokter Program Internsip. Komite Internsip Dokter Indonesia sebagai Pelaksana Program Internsip Dokter telah diangkat dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 138/Menkes/SK/I/2011 tentang Komite Internsip Dokter Indonesia. Pada Tahun 2013, legal aspek pelaksanaan PIDI diperkuat dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 20 tentang Pendidikan Kedokteran.

Pelaksanaan Progam Internsip Dokter untuk pertama kali dilaksanakan di Sumatera Barat pada bulan Maret 2010. Pelaksanaan ditandai dengan *Soft Launching* Internsip oleh Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri, dan Wakil Menteri Pendidikan Nasional di Padang pada tanggal 22 Februari 2010. Peserta pertama adalah dokter lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

Sepanjang kurun waktu 2010 s.d Agustus 2013 sebanyak 9275 dokter dari 39 FK telah melaksanakan PIDI. Saat ini 4774 dokter yang berasal dari 39 FK baik pemerintah maupun swasta sedang melaksanakan PIDI dengan melibatkan 1509 dokter pfendamping di 429 Rumah Sakit dan 598 Puskesmas di 26 Provinsi yaitu Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Bengkulu, Jambi, Sumatera Selatan, Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, NTB, NTT, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, dan Papua.



Mengingat banyaknya jumlah peserta yang akan mengikuti PIDI, maka pada Tahun 2013 pelaksanaan PIDI akan diperluas ke 32 Provinsi di seluruh Indonesia. Untuk melaksanakan operasional Internsip di provinsi sampai dibentuk KIDI Provinsi di 32 Provinsi beserta sekretariatnya.

Peserta PIDI dalam melaksanakan kinerja sebagaimana tugas dan fungsi dokter pada wahana RS dan Puskesmas. Atas kinerjanya tersebut, peserta PIDI memperoleh imbalan sebagai penunjang kebutuhan hidupnya yang diberikan dalam bentuk bantuan Biaya Hidup (BBH) sebesar Rp. 1.200.000,-/bulan. Pada tanggal 23 Oktober 2013, Kementerian Keuangan atas persetujuan Komisi IX DPR RI telah menetapkan kenaikan BBH menjadi Rp.2.500.000 per bulan.

Berdasarkan kondisi tersebut, internsip tampak sebagai tenaga murah yang mengisi kekosongan tenaga pelayanan kesehatan di berbagai wilayah dengan ketidakjelasan target pemahiran dan proses pembimbingan sebagai bagian dari bentuk supervisi dan pengawasan program internsip. Dalam pelaksanaannya, banyak kasus permasalahan keamanan dan kesehatan internsip yang belum terjamin. Demikian pula proses setelah selesai pelaksanaan internsip dalam 1 tahun, evaluasi dari bentuk pemahiran dan pemandirian yang telah dijalani masih belum tampak jelas hingga saat ini. Proses yang terjadi selama ini hanyalah bahwa program internsip telah dilalui dalam 1 tahun, kemudian dokter dapat mengajukan sertifikat kompetensi yang sebenarnya. Kejelasan mengenai program internsip ini perlu diperkuat dalam Perubahan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran.

Pendanaan internsip harus memadai, sehingga dokter yang melaksanakan internsip, pembimbingan internsip, maupun Monitoring dan supervisi nya berlangsung dengan adekuat. Dokter yang melaksanakan internsip harus mendapatkan standard kehidupan yang layak, perlindungan keamanan dan kesehatan yang memadai.

Harmonisasi seluruh aspek penyelenggaraan pendidikan kedokteran termasuk implikasinya dalam pemberian pelayanan kesehatan baik itu kelembagaan dan kewenangan masing-masing kelembagaan pemerintah maupun profesi, standar pendidikan, kurikulum, gelar, mau pun jenis-jenis profesi dan kewenangannya yang menjadi konsekuensi pasca penyelenggaraan pendidikan kedokteran juga merupakan dasar filosofis yang perlu dipertimbangkan dalam pembentukan Rancangan Perubahan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran

Yang terjadi di Indonesia saat ini, pendidikan profesi yang dilaksanakan minimal selama 2 tahun pada Standar Pendidikan Profesi Dokter Indonesia tahun 2012, berdasarkan Peraturan Menteri Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi merupakan program profesi level 7, dan bukan setara dengan program *postgraduate* atau pasca sarjana seperti yang diamanatkan di dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2012. Sementara program internsip yang merupakan program pemandirian dan pemahiran, sesuai dengan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran Nomor 20 Tahun 2013 dianggap sebagai penempatan wajib kerja di bawah supervisi, sehingga tidak disusun program internsip secara lebih terstruktur dan prosesnya bukan bagian dari pendidikan *postgraduate*.

Pendanaan internsip harus memadai, sehingga dokter yang melaksanakan internsip, pembimbingan internsip, maupun monitoring dan supervisi nya berlangsung dengan adekuat. Dokter yang melaksanakan internsip harus mendapatkan standard kehidupan yang layak, perlindungan keamanan dan kesehatan yang memadai.

Internsip adalah proses pemantapan mutu profesi dokter untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan, secara terintegrasi, komprehensif, mandiri serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan.

## **KEDOKTERAN GIGI**

Pelaksanaan pembelajaran pada pendidikan profesi kedokteran gigi, sesuai dengan Undang-Undang no 20 tahun 2013 pasal 18 ayat 1 menerangkan bahwa “Untuk pembelajaran klinik dan pembelajaran komunitas, mahasiswa diberi kesempatan terlibat dalam pelayanan kesehatan dengan bimbingan dan pengawasan Dosen” dan dilanjutkan pasal 18 ayat 2 “Mahasiswa sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tetap harus mematuhi kode etik Dokter atau Dokter Gigi, dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur keprofesian”. Merujuk dari ketentuan tersebut, maka tidak hanya dokter gigi yang boleh melaksanakan pelayanan kesehatan, mahasiswa pun boleh ikut terlibat dalam melayani seorang pasien, asalkan masih dibawah bimbingan dokter gigi dan sesuai kode etik. Inilah yang menjadi landasan mahasiswa kepaniteraan kedokteran gigi boleh bahkan harus menangani pasien sesuai *requirement* yang telah ditetapkan

tentu dan dilakukan dalam pengawasan dokter pembimbing sebagai upaya untuk pemenuhan kompetensi.

Tercapainya keutuhan kompetensi telah ditetapkan sesuai dengan standar yang berlaku. Standar kompetensi yang dicapai, juga telah didasarkan dengan terpenuhinya beberapa faktor yang mempengaruhi tercapainya tingkat pematiran keterampilan klinik di bidang kedokteran gigi, yaitu materi keterampilan, metode pelatihan, peserta didik, instruktur, peralatan, serta lingkungan baik fisik maupun non fisik. Berdasarkan kajian tersebut di atas, maka pendidikan profesi dan uji kompetensi dalam pendidikan kedokteran gigi, dengan segala proses didalamnya, telah dapat dipandang sebagai proses penyempurnaan kompetensi kedokteran gigi, serta telah memenuhi konsep pematiran dan pematiran yang diawasi oleh dokter gigi/dosen sesuai dengan spesialisasinya selama 2 tahun. Hal ini juga menunjukkan bahwa kajian internsip sebagai upaya pematiran pada pendidikan profesi kedokteran gigi telah dicapai selama menyelesaikan pendidikan kedokteran gigi.

## **7. Uji Kompetensi**

### **a) Kajian Teoritis**

Peserta didik dinyatakan berkompeten dalam pekerjaan tertentu manakala ia memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja minimum yang digunakan untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut dalam bentuk unjuk kerja/kinerja. Unjuk kerja adalah tingkah laku yang membuahkan suatu hasil, khususnya tingkah laku yang dapat mengubah lingkungan dengan cara-cara tertentu. Dalam pembelajaran, unjuk kerja merupakan penampilan peserta didik dalam mengerjakan sesuatu tugas yang terkait dengan pembelajaran yang dilakukan. Hasil belajar peserta didik dilihat dari 3 (tiga) aspek, yaitu: 1. Hasil belajar yang berkaitan dengan perkembangan kognitif. 2. Hasil belajar yang berkaitan dengan perkembangan afektif, 3. Hasil belajar yang berkaitan dengan perkembangan keterampilan (psikomotor).

### **Definisi Penilaian dan Prinsip Penilaian**

- (a) Pengukuran diartikan sebagai pemberian angka kepada suatu atribut atau karakteristik tertentu yang dimiliki oleh orang, hal, atau objek tertentu menurut aturan atau formulasi yang jelas. Dalam pengukuran terdapat dua karakteristik utama, yaitu penggunaan angka atau skala tertentu dan menurut aturan atau formula tertentu. Skala atau angka dalam pengukuran

dapat diklasifikasikan ke dalam 4 (empat) kategori, yaitu: skala nominal, skala ordinal, skala interval, dan skala rasio.

- (b) Penilaian adalah proses memberikan atau menentukan nilai kepada objek tertentu berdasarkan suatu kriteria tertentu. Penilaian merupakan kegiatan menafsirkan atau mendeskripsikan hasil pengukuran. Penilaian adalah proses untuk mengambil keputusan dengan menggunakan berbagai informasi yang diperoleh melalui pengukuran hasil belajar, baik yang menggunakan instrumen tes maupun non tes.

Secara garis besar, penilaian dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

- (a) Penilaian formatif

Penilaian formatif dilakukan dengan maksud memantau sejauh manakah suatu proses pendidikan telah berjalan sebagaimana yang direncanakan.

- (b) Penilaian sumatif.

Penilaian sumatif dilakukan untuk mengetahui sejauh manakah peserta didik telah dapat berpindah dari suatu unit pembelajaran ke unit berikutnya. Untuk melakukan penilaian hasil belajar perlu memperhatikan prinsip-prinsip dan teknik penilaian.

Penilaian hasil belajar peserta didik didasarkan pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

- (a) Mendidik, yakni mampu memberikan sumbangan positif terhadap peningkatan pencapaian belajar peserta didik. Hasil penilaian harus dapat memberikan umpan balik dan memotivasi peserta didik untuk lebih giat belajar.
- (b) Terbuka/transparan, yakni prosedur penilaian, kriteria penilaian, dan dasar pengambilan keputusan diketahui oleh pihak yang terkait.
- (c) Menyeluruh, yakni meliputi berbagai aspek kompetensi yang akan dinilai. Penilaian yang menyeluruh meliputi ranah pengetahuan (kognitif), keterampilan (psikomotor), sikap dan nilai (afektif) yang direfleksikan dalam kebiasaan berfikir dan bertindak.
- (d) Terpadu dengan pembelajaran, yakni menilai apapun yang dikerjakan peserta didik dalam kegiatan belajar mengajar itu dinilai, baik kognitif, psikomotorik dan afektifnya. Dengan demikian, penilaian tidak hanya dilakukan setelah peserta didik menyelesaikan pokok

bahasan tertentu melainkan saat mereka sedang melakukan proses pembelajaran.

- (e) Objektif, yakni tidak terpengaruh oleh pertimbangan subjektif penilai.
- (f) Sistematis, yakni penilaian dilakukan secara berencana dan bertahap untuk memperoleh gambaran tentang perkembangan belajar peserta didik sebagai hasil kegiatan belajarnya.
- (g) Berkesinambungan, yakni dilakukan secara terus menerus sepanjang berlangsungnya kegiatan pembelajaran.
- (h) Adil, yakni tidak ada peserta didik yang diuntungkan atau dirugikan berdasarkan latar belakang sosial-ekonomi, budaya, agama, bahasa, suku bangsa, warna kulit, dan gender.
- (i) Menggunakan acuan kriteria, yakni menggunakan kriteria tertentu dalam menentukan kelulusan peserta didik.

### **Teknik Penilaian**

Dalam memperoleh data, pendidik dapat menggunakan berbagai teknik penilaian secara komplementer (saling melengkapi) sesuai dengan kompetensi yang dinilai, sebagaimana diuraikan dalam panduan penilaian masing-masing kelompok mata pelajaran. Teknik-teknik tersebut antara lain terdiri atas:

#### 1) Tes kinerja

Tes kinerja dapat berbentuk tes keterampilan tertulis, tes identifikasi, tes simulasi, dan uji petik kerja. Melalui tes kinerja peserta didik diminta mendemonstrasikan kinerjanya.

#### 2) Observasi

Observasi dilakukan untuk mengumpulkan data kualitatif dan kuantitatif sesuai dengan kompetensi yang dinilai, baik dilakukan secara formal maupun informal. Observasi formal dilakukan dengan cara menggunakan instrumen yang sudah dirancang sebelumnya, sedangkan observasi informal dilakukan tanpa menggunakan instrumen yang dirancang terlebih dahulu.

### 3) Penugasan

Penugasan dapat dilaksanakan dalam bentuk proyek atau tugas rumah. Proyek adalah sejumlah kegiatan yang dirancang, dilakukan, dan diselesaikan oleh peserta didik di luar kegiatan kelas dan harus dilaporkan secara tertulis maupun lisan dalam waktu tertentu. Tugas rumah adalah tugas yang harus diselesaikan peserta didik di luar kegiatan kelas, misalnya menyelesaikan soal-soal dan melakukan latihan.

### 4) Portofolio

Portofolio adalah kumpulan dokumen dan karya-karya peserta didik dalam bidang tertentu yang diorganisasikan untuk mengetahui minat, perkembangan, prestasi, dan kreativitas peserta didik.

### 5) Tes tertulis

Tes tertulis dilakukan dalam bentuk tes yang jawabannya berupa pilihan dan isian. Tes yang jawabannya berupa pilihan meliputi pilihan ganda, benar-salah, menjodohkan, dll. Adapun tes yang jawabannya berupa isian berbentuk isian singkat dan uraian.

### 6) Tes lisan

Tes lisan dilaksanakan melalui komunikasi langsung tatap muka antara peserta didik dengan seorang atau beberapa penguji. Pertanyaan dan jawaban diberikan secara lisan dan spontan. Tes jenis ini memerlukan daftar pertanyaan dan pedoman pensekoran.

### 7) Jurnal

Jurnal merupakan catatan pendidik selama proses pembelajaran yang berisi informasi kekuatan dan kelemahan peserta didik yang berkaitan dengan kinerja ataupun sikap peserta didik yang dipaparkan secara deskriptif.

### 8) Wawancara

Wawancara dilakukan untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang wawasan, pandangan, atau aspek kepribadian peserta didik yang jawabannya diberikan secara lisan dan spontan

### 9) Inventori

Inventori merupakan skala psikologis yang dipakai untuk mengungkapkan sikap, minat, dan persepsi peserta didik

terhadap sesuatu objek psikologis. Inventori antara lain berupa skala Thurstone, skala Likert, atau skala berdiferensiasi semantik.

#### 10) Penilaian Diri

Penilaian diri merupakan teknik penilaian dengan cara meminta peserta didik untuk mengemukakan kelebihan dan kekurangan dirinya dalam berbagai hal.

#### 11) Penilaian antarteman

Penilaian antarteman merupakan teknik penilaian dengan cara meminta peserta didik untuk mengemukakan kelebihan dan kekurangan temannya dalam berbagai hal. Kombinasi penggunaan berbagai teknik penilaian akan memberikan informasi yang lebih akurat tentang kemajuan belajar peserta didik. Rangkuman bentuk penilaian beserta bentuk instrumennya disajikan dalam tabel berikut.

### **Acuan Penilaian**

Dilihat dari perencanaan dan penafsiran hasil tes, pengukuran dalam bidang pendidikan dapat berdasarkan acuan norma/relatif atau acuan kriteria/patokan. Kedua acuan tersebut menggunakan asumsi yang berbeda tentang kemampuan seseorang. Penafsiran hasil tes antara kedua acuan itu juga berbeda, sehingga menghasilkan informasi yang berbeda maknanya. Pemilihan acuan ditentukan oleh karakteristik mata pelajaran yang akan diukur dan tujuan yang akan dicapai. Penilaian acuan norma berasumsi bahwa kemampuan orang berbeda dan dapat digambarkan menurut distribusi normal. Perbedaan itu harus ditunjukkan oleh hasil pengukuran, misalnya setelah mengikuti pembelajaran selama satu semester, peserta didik dites. Hasil tes seorang peserta didik dibandingkan dengan kelompoknya, sehingga dapat diketahui posisi peserta didik tersebut di kelas itu. Penilaian acuan kriteria berasumsi bahwa hampir semua orang dapat belajar apa saja, meskipun dengan waktu yang berbeda. Dalam acuan kriteria, penafsiran skor hasil tes selalu dibandingkan dengan kriteria yang telah ditetapkan. Bagi peserta didik yang telah mencapai kriteria yang telah ditetapkan (standar) diberi pelajaran tambahan yang biasa disebut pengayaan, sedangkan bagi peserta didik yang belum mencapai standar diberi remedi.

## **Tes**

Tes adalah sehimpunan pertanyaan yang harus dijawab, atau pernyataan-pernyataan yang harus dipilih, ditanggapi, atau tugas-tugas yang harus dilakukan oleh orang yang diuji dengan tujuan untuk mengukur suatu aspek tertentu dari orang yang diuji tersebut. Tes merupakan sejumlah pertanyaan yang memiliki jawaban benar atau salah, pertanyaan yang membutuhkan jawaban, pertanyaan yang harus diberikan tanggapan dengan tujuan mengukur tingkat kemampuan seseorang atau mengungkap aspek tertentu dari orang yang dikenai tes.

Dengan demikian, setiap tes menuntut keharusan adanya respons dari orang yang dites yang dapat disimpulkan sebagai suatu atribut yang dimiliki oleh orang tersebut yang sedang dicari informasinya. Tes dapat dipilah-pisahkan berdasarkan bentuk, tipe dan ragamnya, seperti berikut:

- a. Menurut bentuknya: tes bentuk uraian/esei dan tes bentuk objektif.
- b. Menurut tipenya: tes uraian dapat dipilah menjadi tes uraian terbatas dan tes uraian bebas, sedangkan tes bentuk objektif dapat berbentuk Benar Salah, Menjodohkan, Pilihan Ganda biasa, Sebab-Akibat, Kompleks.
- c. Menurut ragamnya:
  - (a) Tes uraian terbatas: tes jawaban singkat, tes melengkapi dan tes uraian terbatas sederhana.
  - (b) Tes uraian bebas: tes uraian bebas sederhana dan tes uraian ekspresif.
  - (c) Tes objektif benar-salah: tes benar -salah sederhana dan tes benar salah dengan koreksi.
- d. Tes objektif menjodohkan: tes menjodohkan sederhana dan tes menjodohkan sebab akibat.
- e. Tes objektif pilihan ganda: tes pilihan ganda biasa, tes pilihan ganda hubungan antar hal, tes pilihan ganda analisis kasus, tes pilihan ganda kompleks, dan tes pilihan ganda membaca diagram.

### **b) Kajian Empiris**

Mengacu kepada proses penyelenggaraan dan mengikuti Uji Kompetensi Mahasiswa Pendidikan Profesi Dokter (UKMPPD) dari sejumlah 83 FK tercatat pada tahun 2016 terdapat dua kelompok yaitu: i) telah mengikuti Uji Kompetensi Mahasiswa



Pendidikan Profesi Dokter (UKMPPD) sejumlah 71 FK, dan ii) sejumlah 12 FK lainnya belum meluluskan siswanya. Dengan catatan bahwa dari 12 FK tersebut, 8 FK baru berdiri pada tahun 2016. Dengan demikian, diprediksi seluruh institusi pendidikan dokter tersebut baru akan meluluskan pada tahun 2022 atau 2023. Pada Tabel 4 tampak bahwa perbedaan akreditasi terkait dengan persentase peserta yang lulus UKMPPD. Pada saat 83 FK telah menghasilkan lulusan seluruhnya di tahun 2022, dapat diprediksi bahwa akan terjadi penambahan jumlah dokter sekitar lebih dari 11.000 dokter setiap tahunnya.

<b>AKREDITASI FAKULTAS KEDOKTERAN</b>											
<b>A</b>				<b>B</b>				<b>C</b>			
<b>Peserta</b>	<b>Lulus</b>	<b>%</b>	<b>Peserta</b>	<b>Lulus</b>	<b>%</b>	<b>Peserta</b>	<b>Lulus</b>	<b>%</b>	<b>Peserta</b>	<b>Lulus</b>	<b>%</b>
2015	5.89 6	3.88 2	66%	6.39 8	3.62 3	57 %	2.21 1	798	36%	14.47 5	8.303
2016	6.82 9	4.51 5	66%	8.01 9	4.60 7	57 %	3.71 9	1.30 5	35%	18.56 7	10.427

**Tabel 2.1. Gambaran lulusan uji kompetensi dokter berdasarkan akreditasi (Sumber: PN UKMPPD)**

Pada tahun 2017, Dikti telah melakukan evaluasi komprehensif terhadap pelaksanaan UKMPPD, hasilnya menunjukkan korelasi positif antara akreditasi dan jumlah lulusan, walaupun terdapat outlier dari kondisi tersebut.

### Potret Hasil UKMPPD tiap FK dibandingkan dengan Status Akreditasi

HASIL UKMPPD (%KELULUSAN)	AKREDITASI			Total FK	%
	A	B	C		
> 75 %	15	12	4	31	43%
50 - 75 %	6	20	6	32	44%
< 50 %	1	5	3	9	13%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>13</b>	<b>72</b>	

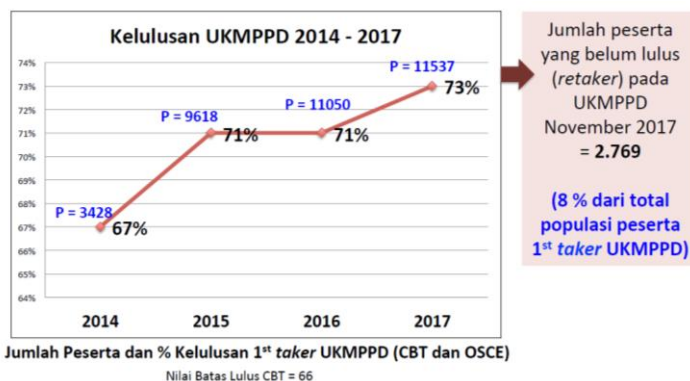
Hanya 13 % FK yang kelulusan UKMPPD nya < 50 %

Keterangan Data :

- Rerata hasil UKMPPD 2014 – 2017
- Hasil Akreditasi Prodi Kedokteran per Desember 2017

Hasil UKMPPD secara umum berkorelasi positif dengan hasil akreditasi, tetapi ada *outlier data* sbb :

- **Akreditasi A, UKMPPD < 50 % = 1 FK (UNSRAT)**
  - Sebagian besar peserta *retaker* sebagai hasil dari sistem seleksi yang kurang baik di masa lalu
- **Akreditasi C, UKMPPD > 75 % = 4 FK**
  - Univ.Bengkulu, Univ.Alkhairaat, Univ. Palangka Raya → kategori prodi baru yang menjalankan UKMPPD, dan peserta merupakan lulusan-lulusan terbaik
  - Univ. HKBP Nommensen → penguatan persiapan calon peserta UKMPPD



Jumlah Peserta dan % Kelulusan 1<sup>st</sup> taker UKMPPD (CBT dan OSCE)  
Nilai Batas Lulus CBT = 66

P = Jumlah peserta UKMPPD meningkat setiap tahun diikuti dengan peningkatan % kelulusan tiap tahun

**Gambar 2.7. Potret hasil UKMPPD oleh Kemristekdikti tahun 2014-2017**  
**Sumber:** (Dirjen Pembelajaran dan Kemahasiswaan, 2018)

Permasalahan utama dari uji kompetensi yang ada saat ini adalah semakin tingginya jumlah *retaker* yang perlu dikelola oleh institusi agar dapat lulus dan mendapatkan gelar dokter. Jika dalam berkali-kali ujian tidak terpenuhi untuk lulus, waktu pendidikan menjadi habis, dan mahasiswa program profesi dokter tidak dapat memperoleh gelar dokter walaupun secara proses pendidikan telah dinyatakan lulus oleh institusinya. Uji kompetensi sebagai ‘syarat lulus tunggal’ perlu ditinjau kembali. Karena menurut UU No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dan UU No.12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi menegaskan bahwa penyelenggaraan pendidikan tinggi dilandasi pada prinsip otonomi. Otonomi perguruan tinggi mencakup otonomi akademik dan non akademik.

Yang termasuk otonomi akademik antara lain adalah rekrutmen mahasiswa, pengembangan kurikulum, penetapan sistem penilaian hasil belajar, serta syarat kelulusan mahasiswa dari program studi. Dengan uji kompetensi sebagai 'syarat lulus', maka telah meniadakan konsep 'otonomi' perguruan tinggi. Hal ini akan menimbulkan gejolak sosial karena memang tidak sesuai dengan prinsip penilaian hasil belajar.

Untuk dokter spesialis, kegiatan uji kompetensi dilakukan oleh kolegium spesialisnya masing-masing. Bentuk ujian terutama adalah uji keterampilan klinis yang dilakukan baik melalui OSCE ataupun Mini Cex. Kolegium memiliki peran penting dalam menentukan kelulusan calon dokter spesialis, karena kolegium akan mengeluarkan sertifikat kompetensi untuk dapat mengurus STR sebagai spesialis terkait. Sebelum menjalani uji kompetensi, calon dokter spesialis harus telah lulus dari program studinya masing-masing.

## **8. Adaptasi**

### **a) Kajian Teoritik**

Program Adaptasi adalah penyetaraan kompetensi dan penyesuaian kemampuan terhadap kondisi di Indonesia bagi Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Indonesia Lulusan Luar Negeri untuk melakukan praktik kedokteran berdasarkan standar pendidikan dan standar kompetensi Dokter dan Dokter Gigi yang telah disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Hal ini termaktub dalam Peraturan Konsil Kedokteran Nomor 41 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Program Adaptasi Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Indonesia Lulusan Luar Negeri (Perkonsil Nomor 41, 2016).

Ada beberapa model adaptasi yang dilakukan di berbagai Negara. Salah satu yang dapat dijadikan contoh adalah model yang diterapkan di Malaysia. Pemerintah Malaysia melakukan penilaian terlebih dahulu terhadap Fakultas Kedokteran Negara lain, untuk kemudian didata sebagai FK asing yang direkognisi oleh Pemerintah Malaysia. Dalam hal ini, calon mahasiswa dari Malaysia akan mendapatkan kepastian FK mana yang kurikulumnya diakui oleh pemerintahnya. Begitupun Pemerintah Malaysia tetap memutuskan bahwa peserta program adaptasi lulusan FK luar negeri harus masuk dalam program profesi pendidikan kedokteran di Malaysia.

Hal seperti di atas diusulkan untuk diterapkan di Indonesia. Pemerintah hendaknya menetapkan terlebih dahulu FK-FK mana di luar negeri yang direkognisi untuk calon mahasiswa dari Indonesia. Hal ini untuk mencegah calon mahasiswa Indonesia memilih FK luar negeri yang kurang berkualitas atau kurikulumnya amat berbeda dengan di Indonesia. Selanjutnya, ketika kembali ke Indonesia, dokter lulusan luar negeri tersebut tetap harus masuk FK di Indonesia guna mengikuti program pendidikan profesi.

Untuk menjaga mutu kompetensi lulusan dan keselamatan pasien, setelah mengikuti proses adaptasi, lulusan FK luar negeri tersebut harus pula mengikuti Uji Kompetensi Dokter yang dilakukan oleh Kolegium yang bekerja sama dengan Asosiasi Institusi Pendidikan. Namun, hal lain yang juga harus didorong adalah kesediaan FK untuk menerima mahasiswa program adaptasi, sehingga tidak terjadi antrian panjang peserta program adaptasi. Peran Pemerintah untuk mengatur hal ini dalam bentuk regulasi yang lebih jelas dan tegas.

Regulasi tentang program adaptasi harus senantiasa dievaluasi untuk menjaga keselamatan pasien dan mutu layanan kedokteran.

#### **b) Kajian Praktik Empirik**

Saat ini, proses adaptasi memang berjalan sesuai dengan Perkonsil nomor 41 tahun 2016. Namun, penyelenggaraannya di lapangan, ditemukan beberapa kendala. Semua FK luar negeri direkognisi oleh Kemenristek Dikti tanpa melihat kurikulum masing-masing FK tersebut.

Akibatnya pada saat seleksi penempatan (*placement test*), ditemukan banyak lulusan FK luar negeri yang kurikulumnya tidak memenuhi Standar Kompetensi Dokter Indonesia. Akibat selanjutnya adalah banyak dokter lulusan luar negeri tersebut tidak layak untuk diloloskan menangani pasien di Indonesia. Tak jarang kurikulum amat berbeda, sehingga tidak bisa hanya menambahkan kompetensi yang belum didapat namun bahkan harus mengikuti program profesi secara utuh selama dua tahun.

Hal lain yang ditemukan saat wawancara *placement test* adalah bahwa mahasiswa asal Indonesia tidak semuanya mendapat kesempatan yang sama dalam proses pendidikan mencapai kompetensi, walaupun secara tertulis ada termuat di kurikulum FK. Artinya peserta didik asing, termasuk dari

Indonesia, tidak mendapatkan kesempatan yang sama dengan peserta didik regular warga negara di negeri asing tersebut.

Ini semakin mendorong perlunya semua dokter lulusan FK luar negeri harus langsung mengikuti program profesi secara utuh. Di sisi lain, saat ini jumlah FK yang mau menerima program adaptasi amat terbatas. Hal ini membuat antrian panjang dalam menempuh program adaptasi.

## **9. Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan**

### **a) Kajian Teoritik**

Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB) atau yang dikenal sebagai *Continuing Professional Development* (CPD) adalah proses untuk dokter tetap melakukan pengkinian agar dapat memenuhi kebutuhan pasien, pelayanan kesehatan dan pengembangan profesi dirinya sendiri. Menurut *General Medical Council* (GMC) Inggris, P2KB adalah segala bentuk pembelajaran di luar pendidikan *undergraduate* atau *postgraduate* yang bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan penampilan professional dokter (General Medical Council, 2018).

P2KB termasuk penguasaan ilmu, keterampilan ataupun sikap yang baru untuk dapat melakukan praktik dengan kompeten. Secara internasional, awalnya dikenal dengan *Continuing Medical Education* (CME) atau *clinical update*, saat ini bergeser menjadi P2KB yang mencakup topik yang lebih luas seperti manajerial, sosial dan keterampilan personal. P2KB adalah suatu proses dari pembelajaran seumur hidup dalam praktik kedokteran (Peck, McCall, McLaren, & Rotem, 2000).

Sistem P2KB pada umumnya menggunakan dasar sistem kredit terkait jam dan menjadi kewajiban bagi proses revalidasi atau resertifikasi dokter praktik. Aktivitas pada P2KB terdiri dari 3 kategori, yaitu 1) "*live*" atau aktivitas eksternal (konferensi, seminar, presentasi, workshop); 2) aktivitas internal (kegiatan dalam praktik, presentasi kasus, konsultasi medis, dst); dan 3) "*enduring*" *material* (materi pada website, buku, CD rom, dst). Pelaksanaan P2KB ini dari 18 negara yang disurvei oleh Peck et al, pembiayaan kegiatan P2KB umumnya dijamin oleh tempatnya bekerja atau perusahaan farmasi (60 persen negara), selebihnya adalah membiayai sendiri atau campuran (dibiayai atau membiayai aktivitas P2KB-nya).

Permasalahan dokter untuk memenuhi P2KB antara lain disebabkan oleh: 1) pekerjaan yang *overload* dan sedikit alokasi

waktu untuk belajar; 2) tidak dibiayai; 3) ketidaksesuaian definisi dari sponsorsip komersial; 4) tidak patuh untuk memenuhi intervensi P2KB; 5) Pendidikan bias dan ada kepentingan dengan sponsor; 6) pengertian yang kurang jelas tentang pemenuhan P2KB; dst. (Filipe, Silva, Stulting, & Golnik, 2014)

Untuk itu, agar menjamin pengkinian dari praktisi dokter, maka pemerintah juga perlu hadir untuk sedikitnya mengatur terjaminnya pemenuhan P2KB bagi dokter. Permasalahan P2KB dokter diharapkan dapat diatasi dengan memberikan alokasi waktu dan anggaran untuk P2KB, menjadikan P2KB sebagai kewajiban profesi untuk memberikan jaminan bagi pasien mendapatkan yang terbaik, aman dan efektif untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya.

#### **b) Kajian Praktik Empirik**

Dalam dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran belum disebutkan mengenai pendidikan berkelanjutan dan pentingnya kebutuhan ini terpenuhi bagi seorang dokter. Setelah menyelesaikan pendidikan formal untuk mendapatkan profesi dokter dan dokter spesialis, pendidikan berkelanjutan atau yang dikenal dengan CME atau CPD yang memiliki cakupan yang lebih luas merupakan kebutuhan penting yang wajib dipenuhi oleh dokter yang berpraktik medis. Meskipun dokter sudah dinyatakan lulus dari uji kompetensi sebagai indikator kompetensi sebagai dokter, perkembangan keilmuan yang pesat, penemuan berbagai teknologi baru, baik itu teknologi informasi maupun biomedik, memerlukan dokter untuk secara periodik mengikuti pendidikan berkelanjutan. Selain itu, dokter yang berpraktik di wilayah Indonesia yang berbeda, dengan keragaman sosio budaya dan geografis, akan memiliki kebutuhan pengembangan ilmu, teknologi dan keterampilan yang berbeda pula.

Indonesia saat ini telah mewajibkan profesi dokter yang akan memperpanjang STR nya untuk melengkapi persyaratan P2KB sebesar 250 SKP, baik bagi dokter maupun dokter spesialis yang diatur oleh kolegium profesi masing-masing. Bagi dokter, pelaksanaan P2KB dibantu oleh P2KB IDI cabang dan BP2KB PB IDI (Pengurus Besar IDI), demikian pula untuk dokter gigi. Kendala P2KB saat ini, terutama untuk mengikuti kegiatan “live” adalah pembiayaan. Sebelumnya, perusahaan farmasi merupakan salah satu sponsor yang membantu dokter untuk melakukan P2KB, namun dengan peraturan gratifikasi, bentuk sponsor ini membatasi diperolehnya fasilitas

pendidikan berkelanjutan dokter ataupun dokter spesialis dari pihak ketiga, menjadikan kebutuhan pendidikan berkelanjutan sulit direalisasikan. Pembiayaan secara mandiri, terutama bagi dokter yang melaksanakan tugas di daerah rural dan terpencil menjadi beban tersendiri untuk pemenuhannya.

## **10. Ijazah, Sertifikat Kompetensi, Sertifikat Profesi**

### **a) Kajian Teoritis**

Ijazah adalah surat tanda tamat belajar. Ijazah adalah pengakuan bahwa seorang peserta didik telah menyelesaikan satu program pembelajaran dan telah memenuhi syarat kelulusan. Sertifikat adalah surat keterangan tentang sesuatu. Sertifikat kompetensi adalah surat keterangan yang bersangkutan telah menguasai kompetensi. Sertifikat Profesi adalah surat keterangan bahwa yang bersangkutan telah memiliki 'potensi kemampuan' untuk melakukan praktik profesi setelah memenuhi syarat praktik profesi.

### **b) Kajian Empiris**

Saat ini terjadi kerancuan yang diakibatkan oleh Undang-Undang Pendidikan Kedokteran Pasal 36 tentang Uji Kompetensi disebutkan bahwa (1) untuk menyelesaikan program profesi dokter atau dokter gigi, mahasiswa harus lulus uji kompetensi yang bersifat nasional sebelum mengangkat sumpah sebagai dokter atau dokter gigi. (2) mahasiswa yang lulus uji kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk memperoleh sertifikat profesi yang dikeluarkan oleh perguruan tinggi.

Pernyataan ini dijelaskan lebih lanjut di dalam Permenristekdikti Nomor 11/2016 tentang Sertifikat Profesi Dokter atau Dokter Gigi. Pasal 1 (1) Sertifikat profesi dokter atau dokter gigi merupakan dokumen pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan program profesi dokter atau dokter gigi setelah lulus Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter atau Dokter Gigi, untuk selanjutnya mendapatkan sertifikat kompetensi dari Organisasi Profesi. (2) Sertifikat profesi dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai pengganti ijazah dokter atau dokter gigi yang berlaku seumur hidup.

Saat ini, sebagian besar Fakultas Kedokteran tetap memberikan ijazah kepada lulusan dokter. Ijazah inilah yang diakui dan digunakan sebagai syarat untuk melanjutkan

pendidikan maupun bekerja, sehingga permenristekdikti ini yang diturunkan dari Undang-Undang Dikdok yang rawan menimbulkan kegelisahan di kalangan masyarakat kedokteran.

## **11. Organisasi Profesi dan Kolegium**

### **a) Kajian Teoritis**

Organisasi profesi adalah suatu organisasi, yang umumnya bersifat nirlaba, yang menghimpun suatu profesi tertentu dan bertujuan melindungi kepentingan publik maupun profesional pada bidang tersebut. Organisasi profesi dapat memelihara atau menerapkan suatu standar etika dan pendidikan dan pelatihan pada profesi mereka untuk melindungi kepentingan publik. Banyak organisasi memberikan sertifikasi profesional untuk menunjukkan bahwa seseorang memiliki kualifikasi pada suatu bidang tertentu.

Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran:

- Organisasi profesi adalah Ikatan Dokter Indonesia untuk dokter dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia untuk dokter gigi.
- Kolegium Kedokteran Indonesia dan Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia adalah badan yang dibentuk oleh organisasi profesi untuk masing-masing cabang disiplin ilmu yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut.

Di Indonesia, Kolegium adalah bagian tidak terpisahkan dari Organisasi Profesi. Hal ini akan memudahkan koordinasi dan sinkronisasi antara kebutuhan layanan kedokteran di masyarakat dengan sistem pendidikan. Namun demikian, dalam melakukan tugasnya, Kolegium tetap bersifat independen dan otonom dalam melaksanakan tugasnya. Untuk dokter, dibentuk Kolegium Dokter Indonesia. Tugas Kolegium di antaranya adalah menyusun Standar Kompetensi dan Standar Pendidikan.

Untuk dokter, Standar Kompetensi disusun oleh Asosiasi institusi pendidikan kedokteran dan asosiasi institusi pendidikan kedokteran gigi serta kolegium kedokteran dan kolegium kedokteran gigi. Sementara untuk dokter spesialis, Standar Kompetensi disusun oleh Kolegium pengampu ilmu terkait.



Peran Kolegium dan organisasi profesi dalam pendidikan kedokteran amat penting. Bersama Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi – Asosiasi institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi, Kolegium seperti “tiga tungku sajarangan” dalam sebuah proses pendidikan. Kolegium sebagai pihak yang “mempunyai resepnya”, Fakultas Kedokteran sebagai “juru masak”, rumah sakit sebagai “tempat mengolahnya”.



**Gambar 2.8. Sistem pendidikan kedokteran 'Tiga Tungku Sajarangan'**

Bahkan dalam proses pendidikan berkelanjutan dan program adaptasi, Organisasi Profesi dan Kolegium tetap memegang peranan aktif, baik dalam menjaga kualitas lulusan, menjaga dan meningkatkan keselamatan pasien, maupun meningkatkan daya saing dokter Indonesia.



Gambar 2.9. Skema persiapan untuk menghadapi Masyarakat Ekonomi ASEAN

#### b) Kajian Praktik Empirik

Dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, peran kolegium dihilangkan. Padahal Kolegium amat berperan terutama untuk melakukan pembuatan Standar Pendidikan dan Standar Kompetensi. Untuk dokter, peran Kolegium Dokter Indonesia melakukan tugas ini berkoordinasi dengan Asosiasi Institusi Pendidikan.

Dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran ini pun peran organisasi profesi juga tidak terlalu ditekankan. Padahal organisasi profesi berperan serta dalam pembinaan keprofesian yang terkait dengan perlindungan masyarakat melalui tuntunan keprofesian (*protect the people, guiding the profession*), baik melalui regulasi menjaga pelayanan kedokteran yang berkualitas, yang pada akhirnya menjaga keselamatan pasien, maupun dalam program pendidikan berkelanjutan.

Selain itu, dalam UU Dikdok yang dimaksud dengan organisasi profesi tidak dituliskan dengan jelas seperti halnya pada dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Ketidaktegasan dari definisi organisasi profesi dalam pasal 1 ayat 20 dapat menimbulkan multitafsir. Seyogyanya, mengacu pada Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) adalah organisasi profesi yang diakui pemerintah. Ini untuk mencegah adanya penafsiran bahwa bisa terdapat organisasi profesi lain yang

diakui Pemerintah atau bahkan organisasi profesi terdapat lebih dari satu.

Organisasi profesi yang lebih dari satu akan menimbulkan kekacauan bagi profesi dokter. Perbedaan standar kompetensi, perbedaan standar pelayanan dan terancamnya keselamatan pasien dapat terjadi jika organisasi profesi dokter terdiri lebih dari satu. Untuk itu, perlu ditegaskan dalam pasal perubahan bahwa organisasi profesi yang dimaksud adalah IDI dan PDGI. Maka perlu dilakukan penyelarasan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

## **12. Konsil Kedokteran Indonesia**

### **a) Kajian Teoritik**

Konsil Kedokteran pertama kali muncul di negara Inggris pada tahun 1851. Dibutuhkan perdebatan hampir 20 tahun di Parlemen Inggris hingga akhirnya Parlemen menyetujui dibentuknya Konsil Kedokteran di Inggris (*General Medical Council*), sebagai lembaga independen dan mandiri yang mengatur pendidikan dan praktik kedokteran. Dengan dibentuknya *General Medical Council (GMC)* di Inggris, negara-negara bekas jajahan Inggris mengikuti jejak ini dan membentuk konsil kedokteran. Sebagai contoh di Malaysia, ada *Malaysian Medical Council*; di India ada *Indian Medical Council*; di Bangladesh ada *Bangladesh Medical Council*; di SriLanka ada *Srilanka Medical Council*, lalu ada *Australian Medical Council*, *New Zealand Medical Council*, dst. Bahkan di regional *South East Asia (SEA)* telah terbentuk ikatan Konsil Kedokteran yang bertemu secara berkala. Salah satu produknya adalah kesepakatan kompetensi dokter untuk Asia Tenggara. Banyak negara di dunia merasakan perlunya lembaga independen dan mandiri untuk mengatur profesi kedokteran karena adanya kekhasan profesi dan karena perlunya regulasi yang kuat dan mapan untuk mengatur profesi kedokteran, karena profesi ini berhubungan dengan hajat hidup manusia.

Dua hal yang menjadi alasan dibentuknya Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) adalah, pertama, ada kebutuhan untuk melakukan diferensiasi struktural di keseluruhan fungsi-fungsi kelembagaan kekuasaan negara. Dalam hal ini, diperlukan badan yang bersifat nonstruktural, otonom, dan mandiri untuk menata pelbagai aspek kehidupan

profesi kedokteran, seperti standar pendidikan profesi, registrasi tenaga medis, penapisan iptekdok, dan pembinaan tenaga medis. Tujuannya, untuk melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Badan itu di negara-negara lain dikenal sebagai konsil kedokteran. Kedua, ada kebutuhan untuk memusatkan pelayanan one stop services yang dipusatkan dalam satu lembaga. Dengan memusatkan segala urusan yang dapat dilayani dalam one stop services, maka pelayanan akan lebih efisien, lebih baik, lebih delivered kepada konsumen. Konsil Kedokteran Indonesia menjalankan mixed function sebagai *executive, legislative, dan judicative*. Sebagai *executive* dan *legislative*, KKI membuat regulasi di bidang praktik kedokteran. Sebagai *judicative*, lembaga ini mengadili pelanggaran disiplin praktik kedokteran yang mekanismenya melalui Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Oleh karena itu, lembaga-lembaga seperti ini harus diatur dengan undang-undang. Berdasarkan undang-undang, maka ada kewenangan untuk mengatur perubahan fungsi kekuasaan yang dimiliki oleh lembaga negara tersebut

Di negara demokrasi, maka rakyat yang berdaulatlah yang berkuasa. Rakyat yang mengatur melalui wakil-wakilnya di legislative. Wakil-wakil rakyat di legislative mempunyai kewenangan untuk membuat, mengusulkan, dan mengesahkan undang-undang yang mengatur dan mengikat seluruh rakyat. Undang-Undang Praktik Kedokteran berisi norma-norma yang mengikat dan mengatur hak dan kewajiban seluruh publik. Undang-undang juga menentukan sampai tingkat mana suatu lembaga, atau lembaga apa sebagai pelaksana dari undang-undang tersebut diberikan kewenangan untuk melakukan fungsi regulasi.

Berpedoman pada Undang-Undang Praktik Kedokteran, maka KKI menghasilkan produk-produk (Perkonsil dan Kepkonsil) yang mengatur dan mengikat publik beserta aturanaturannya. Oleh karena itu, peraturan pelaksanaan dari undang-undang hanya mungkin dibuat oleh lembaga eksekutif kalau disuruh oleh undang-undang. Ini yang disebut dengan legislative delegation of rules making power. Undang-Undang Praktik Kedokteran memberi delegasi langsung kepada KKI untuk pengaturan lebih lanjut. Maka dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran ada pemberian kewenangan kepada KKI untuk menjalankan fungsi sebagai regulator di bidang praktik

kedokteran. Sebagai regulatory body membuat peraturan-peraturan pelaksanaan dan melakukan fungsi judicative, mengadili para dokter dan dokter gigi pelanggar disiplin praktik kedokteran, memecat, dan memberhentikan karena sifatnya independen.

Konsil Kedokteran Indonesia sebagai regulator, regulasinya adalah peraturan pelaksanaan Undang-Undang Praktik Kedokteran (Perkonsil dan Kepkonsil), tingkatannya sama dengan peraturan pemerintah. Secara sistem, hirarki kelembagaan negara diatur dengan mekanisme yang berbeda baik peraturan perundang-undangannya, maupun tingkat protokolernya. Produk hukum dari lembaga negara ditentukan oleh hirarki norma. Urutan formalnya adalah Undang-Undang Dasar, Undang-Undang, Perpu, PP, Perpres, Perda Provinsi, Perda kabupaten/kota. Hirarki fungsionalnya bisa berbeda, peraturan menteri atau Perda tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia (Perkonsil). Perkonsil hanya boleh diubah dengan undang-undang. Sekarang ini dunia kedokteran mempunyai otoritas yang kuat untuk mengatur dunianya sendiri. Oleh karena itu, moment ini harus bisa dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya. Jika ada hal-hal yang tidak beres yang akan disalahkan adalah profesi kedokteran itu sendiri. Selain itu, harus ada konsolidasi dan evaluasi yang betul-betul dipertanggungjawabkan keberadaannya. Ini adalah amanah dari reformasi, karena kekuasaan yang besar tidak boleh lagi ditentukan oleh suatu birokrasi yang kaku oleh pejabat politik. Dinamika politik tidak boleh mempengaruhi lembaga independen yang mengatur profesi kedokteran.

#### **b) Kajian Praktik Empirik**

Undang-Undang Praktik Kedokteran nomor 29 tahun 2004 menjadi dasar hukum terbentuknya Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) sebagai lembaga negara yang setara dengan lembaga-lembaga negara lain yang dibentuk dengan Undang-Undang seperti Komiai Pemberantasan Korupsi, Mahkamah Konstitusi, Komisi Pemilihan Umum, Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, dan lainnya. Pada tahun-tahun awal sesudah KKI berdiri, KKI sangat peran sebagai regulator pendidikan kedokteran. Regulasi oleh KKI dalam bidang kedokteran mencakup pendidikan dokter dan dokter gigi, pendidikan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis serta pendidikan profesional berkelanjutan.

Keanggotaan KKI berasal dari perwakilan berbagai pemangku kepentingan, yaitu Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Kesehatan, Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI), Ikatan Dokter Indonesia, Kolegium Dokter Indonesia, Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia. KKI mendapat mandat UU No.29 Tahun 2004 untuk mengesahkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dan Standar Pendidikan Profesi Dokter (SPPD). Di samping itu, KKI juga terlibat dalam pemberian rekomendasi kepada Dirjen Dikti untuk pendirian fakultas kedokteran dan fakultas kedokteran baru dan pembukaan program studi kedokteran. KKI akan melakukan bimbingan teknis ke fakultas-fakultas mengenai bagaimana mencapai standar.

Pada penyusunan standar edisi pertama, KKI menginisiasi pembentukan kelompok kerja secara nasional yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, seperti AIPKI dan berbagai Kolegium terkait, Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia (ARSPI) dan Kementerian Kesehatan. Berbagai pertemuan selama proses penyusunan dipimpin oleh KKI dan akhirnya KKI menetapkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dan Standar Pendidikan Profesi Dokter (SPPD) dan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis pada tahun 2007. Pada proses penyusunan edisi kedua, proyek Bank Dunia *Health Profession Education Quality (HPEQ)* banyak memberikan fasilitasi untuk pertemuan dan survei, oleh karena itu selama proses penyusunan revisi SKDI dan SPPD peran 'kepemimpinan' lebih banyak dilakukan oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Kemdikbud. Begitu pula selama pelaksanaan Proyek HPEQ yang memiliki tiga komponen, yaitu penguatan akreditasi, penguatan uji kompetensi dan penguatan fakultas kedokteran, peran KKI sama dengan peran pemangku kepentingan yang lain, 'kepemimpinan' KKI dalam mengkoordinasikan, mengarahkan, dan memimpin pemangku kepentingan yang lain kurang begitu terlihat.

Puncaknya pada UU No.20 Tahun 2013 peran Konsil Kedokteran Indonesia dalam regulasi pendidikan kedokteran menghilang. KKI hanya terlibat di pelaksanaan internsip. Dengan hilangnya peran KKI, maka regulasi pendidikan kedokteran secara perlahan dikendalikan langsung oleh Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan (Ditbelmawa) Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi – khususnya untuk pendidikan dokter dan dokter

gigi. Padahal, Kemenristekdikti mengatur seluruh jenis dan seluruh jenjang pendidikan tinggi dari program Diploma 1 Level 3 KKNI hingga program Doktor level 9 KKNI.

### **13. Jumlah dan Distribusi Dokter**

#### **a) Kajian Teoritik**

Sumber daya manusia merupakan sumber daya terpenting yang berperan dalam menentukan tujuan organisasi karena sumber daya manusia bertindak sebagai perencana sekaligus pelaku dari semua aktivitas organisasi (Hasibuan, 2009). Sumber daya manusia di bidang pelayanan kesehatan di sebut dengan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan berdasarkan Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Terdapat beberapa klasifikasi tenaga kesehatan menurut undang-undang tersebut. Berdasarkan undang-undang tersebut ada yang disebut dengan tenaga medis, tenaga kebidanan terdiri dari bidan, sedangkan tenaga keperawatan terdiri dari berbagai jenis perawat diantaranya adalah perawat dan perawat gigi.

Menurut Groenewegen dan Hutten (1991) beban kerja adalah jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh seseorang dalam waktu tertentu. Beban kerja dikelompokkan menjadi dua yaitu beban kerja subyektif dan obyektif (Gipson dkk., 2000). Beban kerja subyektif beban kerja yang dilihat dari sudut pandang pekerja, sedangkan beban kerja obyektif beban kerja nyata yang dilihat dari keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang dilakukan. Beban kerja obyektiflah yang biasanya sering dipakai untuk melihat beban kerja yang sesungguhnya karena bukan dari persepsi pekerja namun riil dari aktivitas yang dikerjakan. Salah satu teknik yang dapat dipakai untuk menghitung beban kerja obyektif adalah dengan menggunakan metode time and motion study (Ilyas, 2004). Teknik ini dilakukan dengan cara mengamati dengan cermat segala aktivitas pekerja secara berulang selama beberapa waktu. Hasil perhitungan metode time and motion study hanya menitikberatkan pada besar penggunaan waktu

produktif dan tidak dapat mengukur kualitas kerja subyek yang diamati (Puspita, 2011).

Beberapa hal yang diamati adalah jenis aktivitas dan waktu pelaksanaan pekerjaan. Jenis aktivitas hasil pengamatan nantinya dapat dikelompokkan pada aktivitas produktif dan aktivitas tidak produktif. Hasil dari pengamatan dan perhitungan adalah berupa kategori beban kerja. Menurut Groenewegen dan Hutten (1991) seorang pekerja akan berfungsi secara optimal apabila berada pada kategori beban kerja ideal atau moderate dan kurang maksimal apabila dalam kondisi underload dan overload. Ketentuan kategori tersebut adalah overload bila beban kerja dari aktivitas produktif sebesar >90 % dari total waktu kerja, moderate atau ideal bila 85-90 % dari total waktu kerja, dan underload bila <85% dari total waktu kerja.

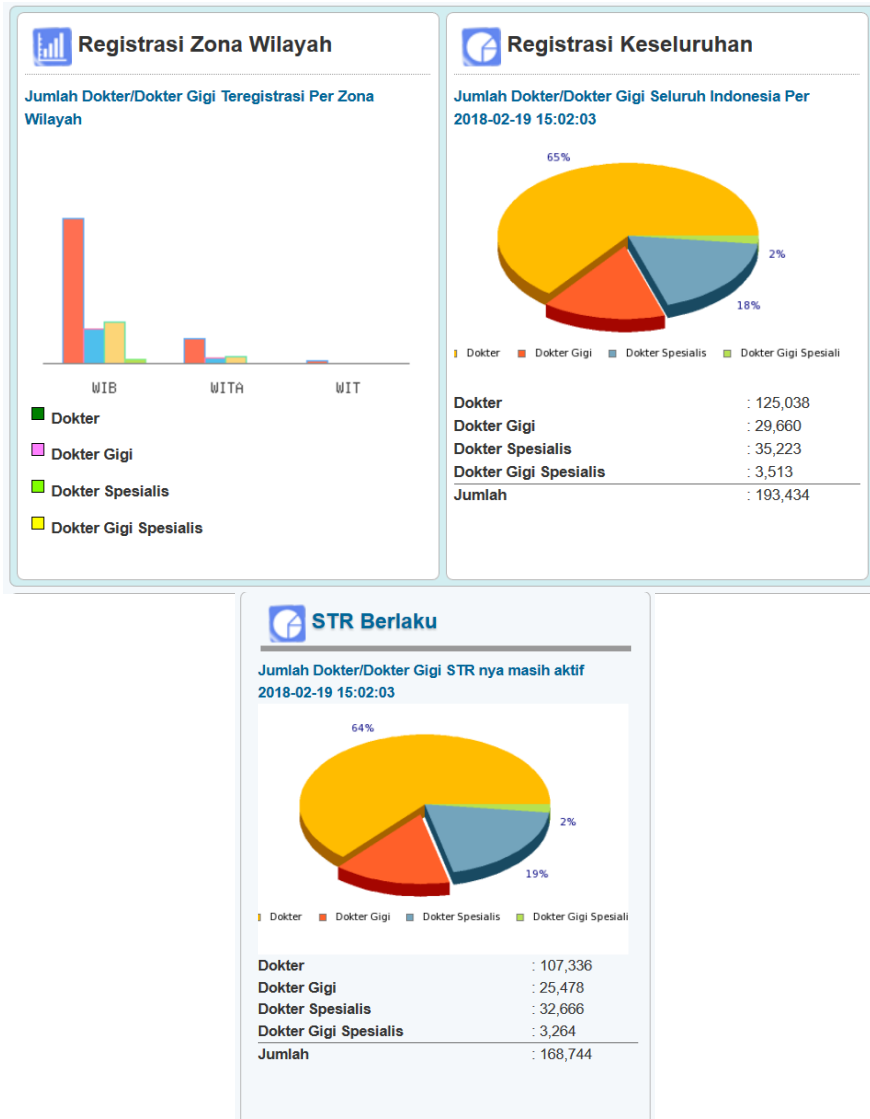
Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 81 Tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten atau Kota serta Rumah Sakit, terdapat metode yang digunakan dalam perhitungan jumlah kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja yaitu metode *Workload Indicators off Staffing Need (WISN)*. Rasio WISN merupakan indikator yang berhubungan dengan beban kerja. Rasio bernilai 1 (satu) berarti terdapat kesesuaian antara jumlah ketersediaan tenaga dengan beban kerja. Nilai rasio tersebut didapatkan dari hasil bagi antara jumlah ketersediaan tenaga dengan jumlah kebutuhan tenaga. Semakin kecil nilai rasio WISN maka semakin berat beban kerja yang ada dibandingkan dengan ketersediaan tenaga kesehatan.

#### **b) Kajian Praktik Empirik**

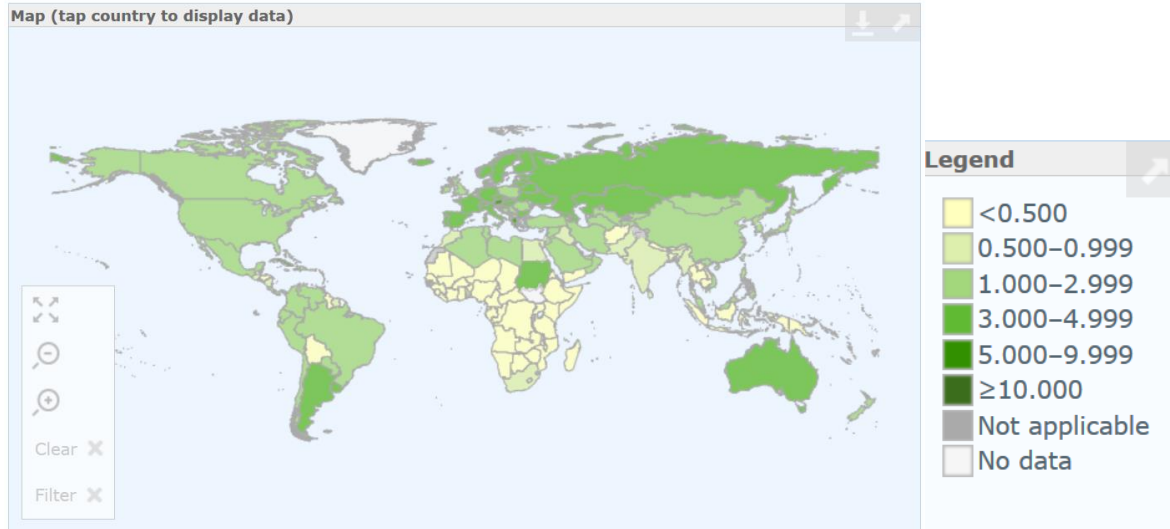
Saat ini berdasarkan data KKI, per tanggal 19 Februari 2018 tercatat telah terdaftar 125.038 dokter, 29.660 dokter gigi, 35.223 dokter spesialis dan 3.513 dokter spesialis di Indonesia (gambar 2.11.). Berdasarkan standar perbandingan jumlah dokter dan masyarakat menurut WHO, jumlah dokter di Indonesia masih belum terpenuhi. Standar WHO saat ini adalah 1 dokter : 1.000 populasi, sehingga Indonesia termasuk dalam area kuning peta dokter di WHO pada gambar 2.12. (WHO, 2018). Demikian juga dengan distribusi dokter di Indonesia yang belum merata di berbagai wilayah Indonesia. Distribusi telah lama menjadi



suatu masalah yang dihadapi pemerintah, terutama Kementerian Kesehatan yang perlu diatasi dan hingga kini belum dapat terselesaikan.

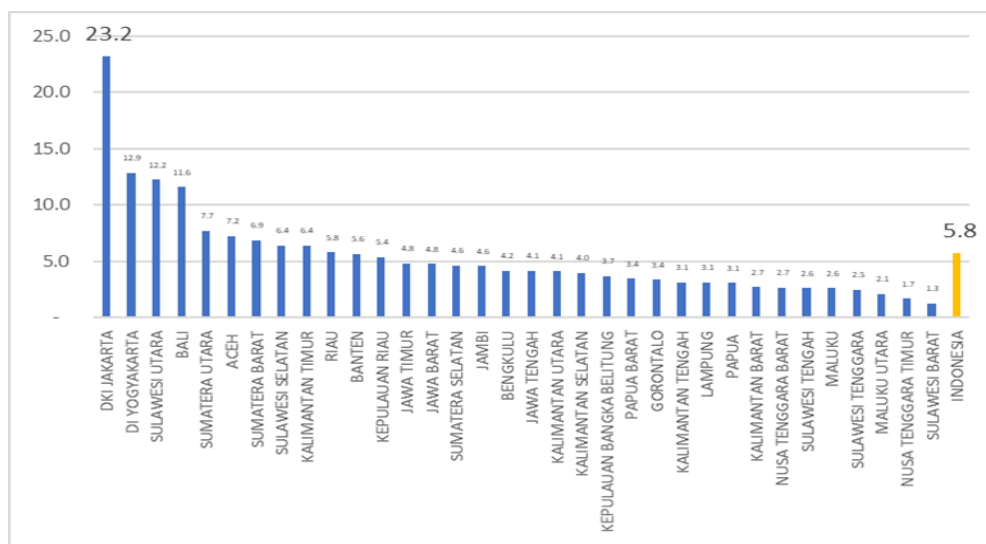


**Gambar 2.11. Jumlah dokter/dokter gigi teregistrasi per zona wilayah, STR keseluruhan dan STR yang berlaku, pada tanggal 19 Februari 2018 ([www.kki.go.id](http://www.kki.go.id))**



**Gambar 2.12. Sebaran rasio dokter dan populasi di seluruh dunia**  
[\(http://www.who.int/gho/health\\_workforce/physicians\\_density/en/\)](http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/)

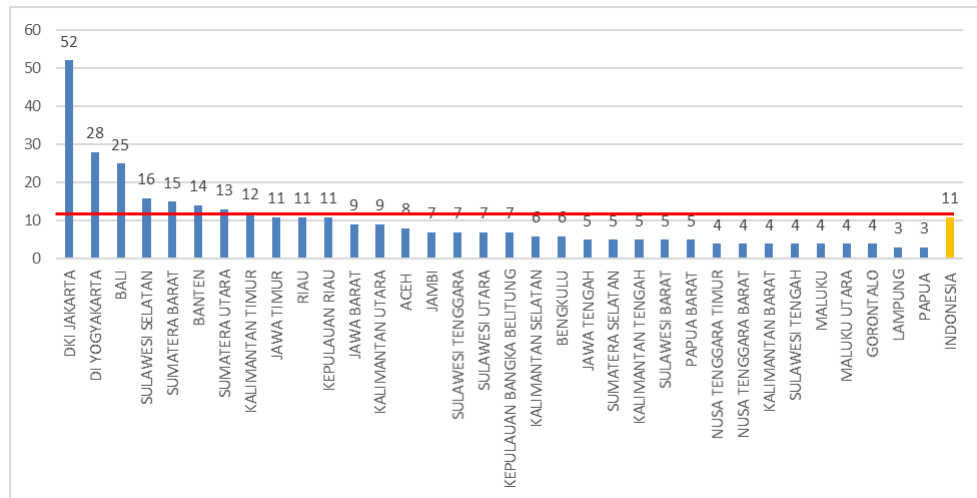
Berdasarkan data KKI per provinsi pada tahun 2016, jumlah dokter terbanyak terdapat di Provinsi DKI Jakarta, diikuti dengan DI Yogyakarta, Sumatera Utara dan Bali, selebihnya merupakan provinsi dengan rasio dokter < 1 : 1.000 penduduk. Rasio dokter per penduduk terendah terdapat di Maluku Utara, NTT dan Sulawesi Barat. Rasio dokter Indonesia secara nasional adalah 0,58 per 1.000 penduduk (gambar 2.13.) sehingga Indonesia memang masih termasuk area kuning dalam peta rasio WHO. Walaupun terdapat di area kuning, untuk saat ini minimal adalah untuk mengatasi permasalahan utama dalam pemenuhan target nasional di setiap provinsi Indonesia.



**Gambar 2.13. Rasio Dokter dan Dokter Spesialis dibagi jumlah penduduk tahun 2016 per 10.000 penduduk**

**(Acuan WHO 2016 rasio dokter per penduduk adalah 1 : 1.000 penduduk)**

Jika dilihat dari kepadatan penduduk, memang kebutuhan dokter di Indonesia bagian barat lebih besar daripada di bagian timur. Namun, terkonsentrasinya dokter di bagian barat mengakibatkan perkembangan sistem pelayanan kesehatan di bagian barat lebih baik dibandingkan di bagian timur Indonesia. Masalah yang ditemukan di bagian timur Indonesia antara lain adalah kendala geografis, akses terhadap pelayanan kesehatan dan tempat rujukan kesehatan menunjukkan belum idealnya pelayanan kesehatan yang diperoleh masyarakat.



**Gambar 2.14. Rasio Dokter Gigi per 100.000 penduduk berdasarkan provinsi di tahun 2016**

Demikian juga halnya dengan dokter gigi (gambar 2.14.). Berdasarkan target Kemenkokesra yang disusun dalam Kepmenkokesra Nomor 54 Tahun 2013, target rasio dokter gigi per penduduk di tahun 2016 adalah 12,4 (Kepmenkokesra, 2013), sedangkan target WHO adalah 1 : 10.000. Jika mengikuti target WHO, rasio dokter gigi per penduduknya secara nasional telah tercapai, namun jika dilihat dari target rasio pemerintah, rasio nasional belum mencapai target. Distribusi dokter gigi juga belum ideal, dari 34 provinsi Indonesia, hanya 8 provinsi yang dapat mencapai target rasio dokter gigi per populasinya.

Rasio dokter terhadap jumlah puskesmas juga menunjukkan distribusi data yang sangat variatif. Rasio tertinggi dimiliki oleh provinsi Kepulauan Riau sebesar 4,21. Dengan 73 puskesmas yang ada, terdapat 307 dokter, sehingga dapat diperkirakan bahwa satu puskesmas dapat dilayani oleh 3-4 dokter umum. Keadaan sebaliknya terjadi pada provinsi Papua Barat di mana terdapat 149 puskesmas namun jumlah dokter umum yang tersedia hanyalah sejumlah 61 dokter sehingga dapat dipastikan ada beberapa puskesmas yang tidak memiliki dokter atau seorang dokter harus membawahi beberapa puskesmas yang posisinya berjauhan.

Secara keseluruhan rasio dokter umum dengan puskesmas di suatu daerah dapat dikatakan cukup memadai, yaitu hanya terdapat 2 provinsi dengan rasio  $<1$ , dan 20 provinsi dengan rasio  $>1$ , sedangkan selebihnya memiliki rasio dokter terhadap puskesmas sebesar  $>2$ . Pada tahun 2014, secara nasional, rasio dokter umum per puskesmas sebesar 1.83. Jika diambil dari rasio tersebut, tampak bahwa setidaknya setiap satu puskesmas di Indonesia telah dilayani minimal oleh satu orang dokter umum, namun pada kenyataannya tidak demikian, di DKI Jakarta, per puskesmas minimal terdapat 5 dokter, sementara di Papua, dokter dapat tidak ada di Puskesmasnya (Tabel 2.3).

No	Provinsi	Jumlah Puskesmas	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Rasio Dokter Umum terhadap Puskesmas	Rasio Dokter Gigi terhadap Puskesmas	Rasio Perawat terhadap Puskesmas	Rasio Bidan terhadap Puskesmas
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1	Aceh	337	774	156	4.925	7.987	2,30	0,46	14,61	23,70
2	Sumatera Utara	570	1.459	530	6.872	11.228	2,56	0,93	12,06	19,70
3	Sumatera Barat	264	585	287	2.590	3.838	2,22	1,09	9,81	14,54
4	Riau	211	578	217	2.672	3.078	2,74	1,03	12,66	14,59
5	Jambi	176	338	106	2.149	2.593	1,92	0,60	12,21	14,73
6	Sumatera Selatan	321	457	93	3.375	3.551	1,42	0,29	10,51	11,06
7	Bengkulu	180	254	66	1.650	2.091	1,41	0,37	9,17	11,62
8	Lampung	290	518	193	3.158	3.028	1,79	0,67	10,89	10,44
9	Kepulauan Bangka Belitung	61	140	38	964	617	2,30	0,62	15,80	10,11
10	Kepulauan Riau	73	307	87	1.620	764	4,21	1,19	22,19	10,47
11	DKI Jakarta	340	645	484	2.333	1.029	1,90	1,42	6,86	3,03
12	Jawa Barat	1.050	1.889	806	8.398	9.667	1,80	0,77	8,00	9,21
13	Jawa Tengah	875	1.931	738	7.213	12.714	2,21	0,84	8,24	14,53
14	DI Yogyakarta	121	365	177	863	776	3,02	1,46	7,13	6,41
15	Jawa Timur	960	1.833	945	10.104	11.379	1,91	0,98	10,53	11,85
16	Banten	231	475	273	1.804	2.436	2,06	1,18	7,81	10,55
17	Bali	120	320	170	1.057	1.296	2,67	1,42	8,81	10,80
18	Nusa Tenggara Barat	158	254	104	2.583	1.645	1,61	0,66	16,35	10,41
19	Nusa Tenggara Timur	370	370	109	2.994	2.361	1,00	0,29	8,09	6,38
20	Kalimantan Barat	238	314	79	5.397	1.845	1,32	0,33	22,68	7,75
21	Kalimantan Tengah	195	274	58	2.553	1.502	1,41	0,30	13,09	7,70
22	Kalimantan Selatan	228	446	134	2.638	2.266	1,96	0,59	11,57	9,94
23	Kalimantan Timur	174	342	158	1.961	1.200	1,97	0,91	11,27	6,90
24	Kalimantan Utara	48	137	51	739	359	2,85	1,06	15,40	7,48
25	Sulawesi Utara	187	479	26	1.852	1.025	2,56	0,14	9,90	5,48
26	Sulawesi Tengah	184	244	63	3.567	1.880	1,33	0,34	19,39	10,22
27	Sulawesi Selatan	446	690	386	4.744	3.874	1,55	0,87	10,64	8,69
28	Sulawesi Tenggara	269	265	66	2.298	1.416	0,99	0,25	8,54	5,26
29	Gorontalo	93	121	21	652	453	1,30	0,23	7,01	4,87
30	Sulawesi Barat	94	153	65	1.164	787	1,63	0,69	12,38	8,37
31	Maluku	197	219	91	3.492	981	1,11	0,46	17,73	4,98
32	Maluku Utara	127	145	33	1.766	801	1,14	0,26	13,91	6,31
33	Papua Barat	149	61	14	1.215	530	0,41	0,09	8,15	3,56
34	Papua	394	393	46	2.911	1.353	1,00	0,12	7,39	3,43
	<b>Indonesia</b>	<b>9.731</b>	<b>17.775</b>	<b>6.870</b>	<b>104.273</b>	<b>102.350</b>	<b>1,83</b>	<b>0,71</b>	<b>10,72</b>	<b>10,52</b>

Sumber : Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemkes RI, 2015

**Tabel 2.3. Jumlah Puskesmas dan Tenaga Kesehatannya**

Jika dilihat dari sebaran Fakultas Kedokteran, walaupun jumlahnya saat ini sudah cukup banyak, namun keberadaannya masih terkelompok pada wilayah tertentu, dan belum semua provinsi memiliki Fakultas Kedokteran. Beberapa di antara provinsi yang belum memiliki Fakultas Kedokteran antara lain adalah provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Kalimantan Utara, Gorontalo dan Sulawesi Barat. Dari sisi jumlah Fakultas Kedokteran, terjadi kecenderungan pengelompokan terutama di pulau Jawa (49,4%). Jika dilihat lebih lanjut, jumlah terbanyak terdapat di provinsi Jawa Timur yang berjumlah 13 Fakultas Kedokteran, yang diikuti oleh provinsi DKI Jakarta dengan 9 Fakultas Kedokteran dan Jawa Tengah dengan 8 Fakultas Kedokteran (Tabel 2.4.). Jika dilihat dari sebaran dokter, ternyata Jawa Timur dan Jawa Tengah masih rendah rasio dokter per penduduknya, sedangkan DKI Jakarta, rasio dokter per penduduknya sangat tinggi yaitu 23,2 (Gambar 2.13.). Banyaknya jumlah Fakultas Kedokteran ternyata tidak berpengaruh langsung terhadap rasio dokter per

penduduk, kecuali untuk DKI Jakarta, namun rendahnya rasio dokter per penduduk di empat provinsi yang tidak memiliki Fakultas Kedokteran, bukan berarti juga jika terdapat Fakultas Kedokteran rasio tetap akan menjadi rendah, karena mungkin saja lulusan Fakultas Kedokteran dari provinsi tersebut lebih besar peluangnya untuk tetap berpraktik di daerahnya.

Provinsi	<b>FKN</b>	FK S	Lain	Total	Provinsi	FKN	FKS	Lain	Total
Aceh (NAD)	<b>1</b>	2		3	NTB	1	1		2
Sumatera Utara	<b>1</b>	5		6	NTT	1			1
Sumatera Barat	<b>1</b>	1		2	Kalimantan Barat	1			1
Riau	<b>1</b>	1		2	Kalimantan Tengah	1			1
Jambi	<b>1</b>			1	Kalimantan Selatan	1			1
Sumatera Selatan	<b>1</b>	1		2	Kalimantan Timur	1			1
Bengkulu	<b>1</b>			1	Kalimantan Utara				0
Lampung	<b>1</b>	1		2	Sulawesi Utara	1			1
Kepulauan Bangka Belitung			0	Sulawesi Tengah	1	1		2	
Kepulauan Riau	<b>1</b>			1	Sulawesi Selatan	1	3	1	5
DKI Jakarta	<b>2</b>	8		9	Sulawesi Tenggara	1			1
Jawa Barat	<b>1</b>	4		5	Gorontalo				0
Jawa Tengah	<b>2</b>	6		8	Sulawesi Barat				0
DI Yogyakarta	<b>1</b>	3		4	Maluku	1			1

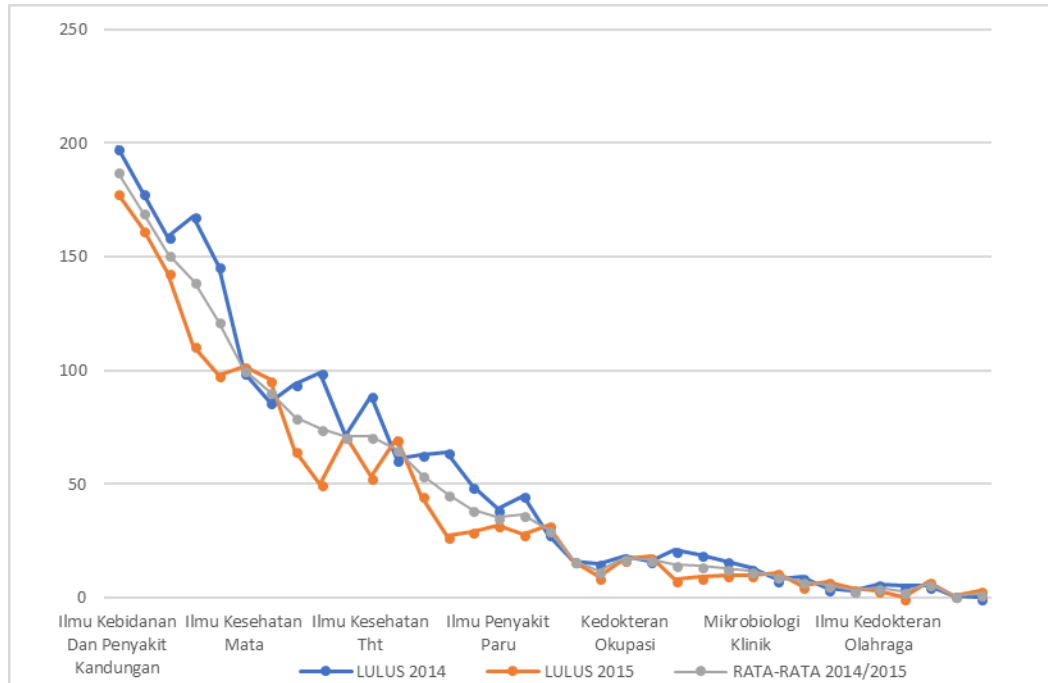
Jawa Timur	3	9	1	13	Maluku Utara		1		1
Banten		1	1	2	Papua Barat	1			1
Bali	1	1		2	Papua	1			1

**Tabel 2.4. Fakultas Kedokteran di Indonesia tahun 2017**

Bagi pendidikan dokter spesialis, saat ini terdapat 35 bidang spesialisasi pada program pendidikan dokter spesialis. Dari 16 Fakultas Kedokteran Negeri yang terakreditasi A, telah terdapat 232 program studi spesialis dari berbagai bidang spesialisasi tersebut. Lulusan dokter spesialis hingga tahun 2016 dihasilkan paling banyak dari 14 Fakultas Kedokteran.

Pada umumnya, jumlah penerimaan dokter spesialis tertentu di suatu Fakultas Kedokteran bervariasi bergantung kepada jumlah dosen yang akan mengajar berdasarkan kesesuaian kriteria dengan kolegium dokter spesialis terkait. Berdasarkan jumlah Fakultas Kedokteran dan jumlah pengajarnya, jumlah penerimaan mahasiswa pada satu bidang spesialisasi hanya berkisar antara 5-20 orang. Untuk 4 bidang besar yang menghasilkan lulusan dengan jumlah lebih dari 100 dokter spesialis setiap tahunnya, yaitu bidang Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan, Ilmu Penyakit Dalam, Ilmu Kesehatan Anak, dan Ilmu Bedah (Gambar 2.15.). Untuk ilmu bedah, kondisi perkembangan keilmuannya sedikit berbeda dengan bidang spesialisasi lainnya. Bedah telah berkembang menjadi berbagai bidang spesialisasi bedah, seperti bedah ortopedi, bedah plastik, bedah urologi, bedah saraf.

Berdasarkan bidang spesialisasi dan ketentuan pemerintah mengenai pelayanan kesehatan di RS, maka sebenarnya dari 35 jenis spesialisasi, hanya 17 jenis spesialisasi yang wajib terpenuhi kebutuhannya oleh RS. Setiap jenis spesialis yang perlu dipenuhi tersebut, memiliki ketentuan persyaratan yang berbeda untuk tipe RS yang berbeda. Hal ini menunjukkan bahwa dari 17 jenis spesialis tersebut, jumlah kebutuhan setiap jenisnya akan berbeda pula. Jika demikian, maka seharusnya dipertimbangkan penyediaan kebutuhan terhadap dokter spesialis terkait dapat sesuai dengan jumlah dan kuota penerimaan program studi terkait. (Dirjen SDID, 2017).



**Gambar 2.15. Lulusan dokter spesialis tahun 2014-2015** (Dirjen SDID, 2017)

Masalah ketimpangan distribusi dokter ke seluruh penjuru Indonesia dapat teridentifikasi 3 hal penyebab utamanya, yaitu:

- a. Keterbatasan ketersediaan sarana prasarana dan akses kesehatan di wilayah pedesaan dan daerah terpencil.

Keterbatasan seperti alat kesehatan, obat-obatan, tempat rujukan dan transportasi sangat berpengaruh terhadap kinerja dokter yang ditempatkan, sehingga pilihan untuk menetap berpraktik di daerah yang memiliki sarana prasarana minimal menjadi rendah.

- b. Insentif dan kesejahteraan bagi dokter belum terakomodasi dengan baik.

Saat ini insentif bagi dokter internsip berkisar 2,5 sampai dengan 3,5 juta/bulan, dokter puskesmas honorer berkisar 1,2 juta/bulan. Insentif ini tidak mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari, apalagi jika dibandingkan dengan biaya pendidikan dokter yang mencapai ratusan juta rupiah. Selain insentif, kesejahteraan hidup dokter juga menjadi pertimbangan, seperti akses untuk mendapat pendidikan yang layak bagi anak-anaknya, ketersediaan akomodasi dan transportasi yang layak, merupakan hal yang menjadi



pertimbangan bagi dokter untuk praktik menetap di suatu daerah.

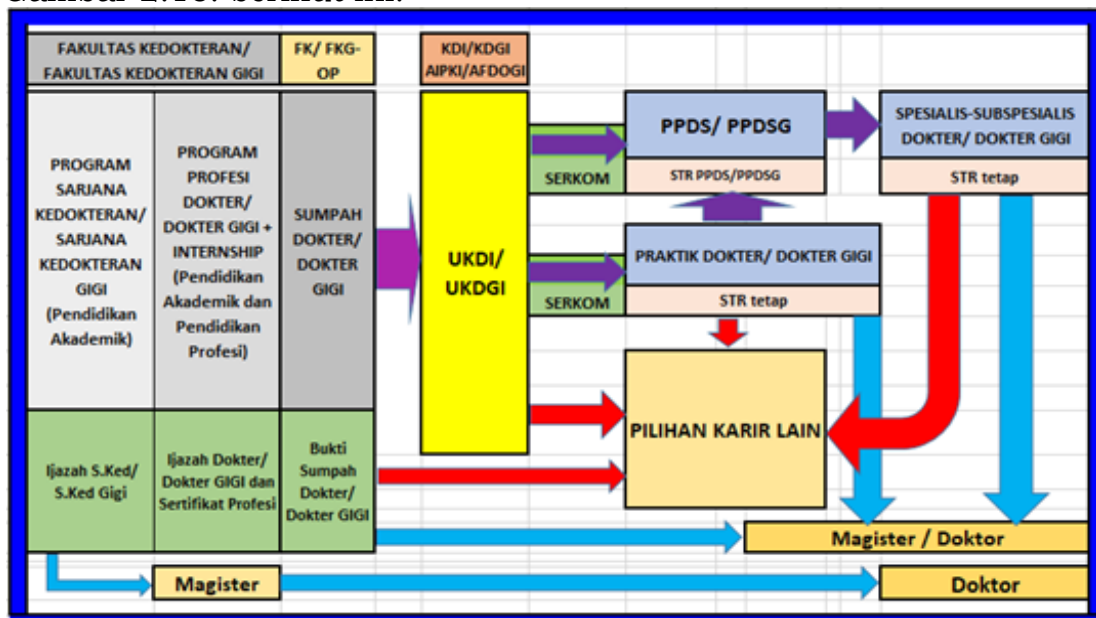
- c. Pergeseran motivasi pengabdian kepada motivasi ekonomi

Dalam menjalani pendidikan kedokteran, penanaman motivasi pengabdian perlu dilakukan oleh setiap Fakultas Kedokteran, terutama Fakultas Kedokteran Swasta yang dengan dana kuliah yang besar diikuti oleh masyarakat ekonomi menengah ke atas. Keengganan untuk mengabdikan diri di daerah yang membutuhkan dokter karena motivasi ekonomi yang berbeda antara perkotaan dengan daerah terpencil atau karena tidak terdapat akses transportasi maupun akses telekomunikasi dan internet, merupakan hal yang sangat mungkin menjadi penyebab rendahnya motivasi pengabdian pada lulusan dokter tersebut dan lebih nyaman untuk berpraktik di kota-kota besar.

## B. Kajian terhadap Implikasi Sistem Baru yang akan diusulkan

### 1. Model Pendidikan Kedokteran di Indonesia

Setelah mengkaji berbagai model di berbagai belahan dunia melalui kajian teoritis dan melihat bagaimana situasi pendidikan kedokteran saat ini, maka di dalam Naskah Akademik ini diusulkan suatu skema model pendidikan kedokteran seperti tampak pada Gambar 2.16. berikut ini:



### **Gambar 2.16. Usulan Model Pendidikan Kedokteran Pendidikan Kedokteran**

Model pendidikan dokter yang diusulkan membagi pendidikan Dokter menjadi terdiri atas **program akademik dan program profesi**. Program akademik terdiri dari pendidikan sarjana dengan level KJNI 6. Setelah selesai Program Sarjana, lulusan mendapatkan gelar Sarjana Kedokteran dan ijazah Sarjana Kedokteran. Program profesi terdiri atas pendidikan akademik dan pendidikan profesi yang merupakan satu kesatuan dengan level KJNI 8. Setelah menyelesaikan program profesi, lulusan mendapatkan gelar Dokter dan ijazah Dokter serta Sertifikat Profesi. Setelah menyelesaikan program profesi, langsung dilanjutkan dengan program internsip selama 1 tahun. Setelah menyelesaikan program internsip dilanjutkan dengan Uji Kompetensi Dokter Indonesia (UKDI). Bagi yang lulus mendapatkan Sertifikat Kompetensi yang digunakan sebagai syarat untuk mendapatkan Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia sebanyak tiga salinan yang digunakan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik (SIP) bagi yang akan berpraktik sebagai dokter umum di fasilitas kesehatan tingkat pertama atau melanjutkan ke Program Pendidikan Dokter Spesialis/Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis.

Selain alur seperti di atas, dimungkinkan bagi lulusan Sarjana Kedokteran untuk melanjutkan ke Pendidikan Akademik setingkat Magister yang dilanjutkan ke Pendidikan Akademik setingkat Dokter. Atau setelah menyelesaikan Program Profesi dan Program internsip melanjutkan untuk pendidikan akademik setingkat Magister dan dilanjutkan ke pendidikan akademik setingkat Doktor, atau bisa juga bekerja di berbagai bidang kedokteran/kesehatan.

#### **Pendidikan Kedokteran Gigi**

Pendidikan Kedokteran Gigi diawali dengan menyelesaikan jenjang program sarjana Kedokteran Gigi. Program sarjana yang merupakan tahap pendidikan akademik, merupakan pendidikan tinggi program sarjana kedokteran gigi yang diarahkan terutama pada penguasaan ilmu Kedokteran dan ilmu Kedokteran Gigi yang sudah setara dengan KJNI level 6. Program Sarjana Kedokteran Gigi ini akan menghasilkan lulusan dengan gelar Sarjana Kedokteran Gigi (SKG). Jenjang pendidikan program sarjana merupakan prasyarat untuk dapat melanjutkan ke program profesi Dokter Gigi. Pendidikan program sarjana ini akan ditempuh selama 8 semester atau 4 tahun dengan 144 SKS.

Lulusan SKG dapat melanjutkan ke jenjang program profesi kedokteran gigi atau program magister. Program profesi Dokter Gigi dilaksanakan melalui proses belajar mengajar dalam bentuk

pembelajaran klinik dan pembelajaran komunitas yang menggunakan berbagai bentuk dan tingkat pelayanan kesehatan nyata yang memenuhi persyaratan sebagai tempat praktik kedokteran gigi. Pada tahap pendidikan profesi diarahkan pada kemampuan untuk mengembangkan iptekdogi atau praktek profesionalnya, serta mempunyai kemampuan untuk mengembangkan riset yang bermanfaat bagi masyarakat dan keilmuan, yang setara dengan KKNI level 8. Pendidikan profesi ini akan ditempuh selama 4 semester atau 2 tahun dengan 36 SKS. Program Profesi Dokter Gigi ini akan menghasilkan lulusan gelar Dokter Gigi (drg.).

Seorang lulusan dokter gigi dapat melanjutkan pendidikan doktor atau melaksanakan kegiatan praktek medis. Bagi dokter gigi yang akan melaksanakan praktek medis, wajib lulus Ujian Kompetensi Dokter Gigi (UKDGI). Pelaksana UKDGI adalah Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia (AFDOKGI) bekerja sama dengan Kolegium Dokter Gigi Indonesia (KDGI) membentuk Panitia Nasional UKDGI. Pelaksanaan UKDGI merupakan persyaratan untuk memperoleh Sertifikat Kompetensi bagi dokter gigi. Penerbitan Sertifikat Kompetensi dokter gigi dilakukan oleh KDGI dan diberikan untuk dokter gigi yang lulus UKDGI. Bagi dokter gigi yang tidak lulus, dapat mengulang pada periode selanjutnya. Pelaksanaan UKDGI meliputi Uji teori dan Uji Praktik dengan frekuensi ujian 4 kali dalam setahun. Setelah lulus UKDGI, dilakukan Pengambilan Sumpah Dokter Gigi, selanjutnya dokter gigi mendapatkan Sertifikat Kompetensi.

Para dokter gigi ini dapat mengurus Surat Tanda Registrasi (STR) ke Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Selanjutnya para dokter gigi ini akan menerima STR dan 3 (tiga) lembar legalisir, yang akan digunakan untuk praktek medik mandiri ataupun meneruskan ke Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PPDGS). Dokter gigi yang tidak mengikuti UKDGI tidak dapat menjalankan praktek medik, tetapi dapat meneruskan pendidikan magister dan kemudian melanjutkan ke program doktor. Disamping itu, dapat pula bekerja sebagai dosen pada program sarjana dokter gigi, peneliti ataupun bekerja pada kemenkes atau instansi lainnya. Sedangkan pada lulusan sarjana kedokteran gigi yang tidak melanjutkan pada program profesi dokter gigi dapat meneruskan pendidikan magister dan kemudian melanjutkan ke program doktor.

## **2. Pendirian FK dan FKG**

Pendirian FK dan FKG seharusnya melalui proses yang transparan, kredibel dan akuntabel, serta dapat dipertanggungjawabkan kepada publik. Diperlukan suatu prosedur pembukaan prodi FK dan FKG yang jelas yang melibatkan berbagai

pemangku kepentingan selain dari bidang pendidikan, seperti seperti Kementerian Kesehatan, KKI, dan organisasi profesi.

Analisis terhadap kebutuhan dan kelayakan program studi pendidikan kedokteran yang baru atau pendirian FK harus melalui suatu kajian yang ilmiah, berbasis bukti dan obyektif. Kajian tersebut harus memperhatikan dukungan dana untuk jangka waktu minimal 10 tahun ke depan, ketersediaan infrastruktur, sarana prasarana, tenaga pendidik dan tenaga kependidikan, serta sistem manajemen beserta semua prosedur operasi standar yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan suatu program studi kedokteran. Hal penting yang dapat menjadi kontrol terhadap mutu pendidikan kedokteran adalah bahwa evaluasi dan monitoring FK tidak hanya pada proses pembukaan, namun juga untuk mempertimbangkan proses penutupan FK.

Selain itu, perlu penyampaian data mengenai status kesehatan yang akan ditangani serta penghitungan kebutuhan dokter di tingkat lokal dan di Indonesia untuk menghindari overproduksi tenaga medis. Data pemenuhan kebutuhan dokter ini yang menjadi dasar bagi penerimaan calon mahasiswa yang mengikuti pendidikan kedokteran.

### **3. Seleksi Calon Mahasiswa FK**

Program studi pendidikan dokter adalah program studi yang banyak diminati, sehingga banyak orang tua dan masyarakat yang akan berusaha optimal agar putra putrinya dapat melanjutkan pendidikan ke Fakultas Kedokteran. Upaya ini termasuk membayar semua biaya yang dibutuhkan. Kondisi ini tentu harus diikuti dengan regulasi yang ketat agar animo masyarakat tidak disalahgunakan. Seleksi calon mahasiswa FK harus memenuhi asas keadilan (*fairness*), obyektif, sah, reliabel, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat. Setiap institusi pendidikan kedokteran perlu untuk menyusun kebijakan seleksi calon mahasiswa FK yang disetujui oleh senat dan prosedur operasi standar yang sesuai. Perlu diupayakan sistem seleksi yang bisa menjaring calon mahasiswa yang memiliki sikap dan kepribadian yang menunjang pendidikan kedokteran.

### **4. Pembiayaan Pendidikan Kedokteran**

Seperti telah dijelaskan sebelumnya bahwa animo masyarakat untuk mengirim putra putrinya melanjutkan studi di Fakultas Kedokteran setelah menamatkan SMA sangat tinggi. Seiring dengan animo yang tinggi, banyak masyarakat yang bersedia untuk membayar pendidikan kedokteran dengan biaya yang sangat tinggi. Kondisi ini perlu diikuti dengan regulasi yang ketat untuk

memproteksi masyarakat dari kemungkinan penyalahgunaan atau 'abuse' terhadap animo masyarakat. Salah satu bentuk penyalahgunaan adalah sangat tingginya biaya pendidikan kedokteran yang ditetapkan oleh institusi pendidikan kedokteran. Biaya yang tinggi ini ditetapkan tanpa melalui perhitungan yang wajar dan rasional terhadap seluruh komponen biaya yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan pendidikan kedokteran (dokter/dokter gigi dan dokter spesialis/dokter gigi spesialis).

Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi perlu menetapkan komponen-komponen biaya operasi personalia dan non-personalia dalam penyelenggaraan pendidikan kedokteran yang diperbolehkan. Institusi pendidikan kedokteran harus melakukan penghitungan biaya operasi personalia dan non-personalia yang wajar dan rasional dalam rangka menetapkan berapa biaya pendidikan yang akan dibebankan kepada mahasiswa. Perlu ada regulasi berapa persen dari biaya operasi ini yang dapat dibebankan kepada mahasiswa. Yang jelas, seyogyanya, tidak 100% biaya operasi dibebankan kepada mahasiswa. Begitu pula, Institusi pendidikan kedokteran harus memiliki rencana strategi jangka panjang untuk pengembangan institusi – termasuk investasi. Sebaiknya, diatur agar biaya investasi tidak dibebankan kepada mahasiswa.

Perlu regulasi untuk mengawasi bagaimana institusi pendidikan kedokteran melaksanakan regulasi terkait pembiayaan pendidikan kedokteran. Pengawasan ini diperlukan untuk memastikan bahwa tidak terjadi 'abuse' atau penyalahgunaan animo masyarakat oleh institusi pendidikan kedokteran.

## **5. Standar Kompetensi Dokter dan Standar Pendidikan Profesi Dokter**

Langkah pertama dari perumusan standar kompetensi dokter dan standar pendidikan profesi dokter adalah evaluasi. Oleh karena itu perlu dialokasikan anggaran agar evaluasi terhadap implementasi kedua standar ini dapat dilaksanakan dengan mengacu prinsip-prinsip ilmiah.

Dalam perumusan Standar Kompetensi Dokter perlu diperjelas siapa pemangku kepentingan utama yang akan melibatkan pemangku kepentingan lain. Selain itu, perlu ditegaskan bahwa di dalam perumusan Standar Kompetensi Dokter harus memenuhi kaidah manfaat, keterbukaan, efektif dan relevan, memiliki dimensi pengembangan, kompetensi dan tertelusur, merupakan 'konsensus' dari semua pihak yang berkepentingan dan tidak memihak, serta koheren. Di dalam penyusunan standar perlu keterbukaan dan ketidakberpihakan pada kelompok-kelompok kepentingan. Sesuai dengan prinsip, penyusunan standar adalah melalui proses 'konsensus' maka perlu diupayakan semaksimal mungkin untuk

memastikan bahwa semua pemangku kepentingan akhirnya sepakat pada ‘titik tengah yang optimal’ di tengah keragaman berbagai sudut pandang.

Selain itu di dalam penyusunan standar kompetensi dokter dan standar pendidikan profesi dokter perlu dirancang tahap kegiatan sesuai dengan pedoman penyusunan standar yang berlaku. Salah satu tahap kegiatan adalah uji publik. Perlu dipastikan keterwakilan dari para responden yang akan diundang atau dilibatkan di dalam menelaah standar.

Penyusunan standar kompetensi dokter perlu juga melihat ke depan, bagaimana agar kompetensi yang dirumuskan telah mengadopsi berbagai kompetensi yang diperlukan di masa depan, terutama sebagai dampak dari perkembangan ilmu dan teknologi, seperti pada revolusi industri 4.0. Perumusan standar kompetensi juga perlu melihat profil lulusan dokter yang diperlukan oleh pemangku kepentingan. Sejalan dengan perkembangan sistem pelayanan kesehatan, baik upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan tingkat pertama, dibutuhkan lulusan dokter yang memiliki kompetensi setara dengan level 8 KKNl.

Untuk merumuskan Standar Pendidikan Profesi Dokter perlu dipastikan bahwa semua kriteria yang diperlukan untuk mencapai Standar Kompetensi Dokter telah dimasukkan, sehingga perlu bekerja sama dengan banyak pihak yang terkait untuk semua kriteria. Termasuk Antara lain perhimpunan ahli bidang terkait untuk menentukan Standar Isi.

## **6. Internsip**

Dari hasil kajian berbagai literatur serta melihat perkembangan pendidikan kedokteran di Eropa, Asia maupun Australia, terlihat adanya pergeseran ‘fungsi dan kedudukan’ internsip. Bila sebelumnya, internsip adalah proses pemahiran setelah lulus dokter dalam rangka pencapaian kompetensi internsip, sehingga proses pemahiran dianggap sebagai wajib kerja dan masa studinya diperhitungkan.

Saat ini dan ke depan yang berlaku adalah internsip sebagai pendidikan pasca sarjana yang setara level 8. Oleh karena itu ke depan sebaiknya internsip dilaksanakan oleh fakultas kedokteran dan fakultas kedokteran gigi. Perlu dinyatakan dengan jelas dan tegas, bahwa FK harus melakukan kerja sama dengan berbagai tipe rumah sakit dan wahana kedokteran, agar para internsipnya dapat bekerja dengan baik. Sebagai penyelenggara internsip, fakultas kedokteran dan fakultas kedokteran gigi melakukan penempatan lulusan dokter baru di rumah sakit, puskesmas atau wahana

pendidikan lain yang menjalin kerja sama dengan fakultas kedokteran tersebut. Internsip diusulkan untuk dilaksanakan segera setelah mahasiswa dinyatakan lulus dan mendapat ijazah dan telah disumpah sebagai dokter. Dengan moda seperti ini, diharapkan dokter baru tidak kehilangan waktu untuk menunggu penempatan internsip seperti yang sekarang terjadi. Adapun biaya selama internsip dihitung sebagai komponen biaya pendidikan.

## **7. Uji Kompetensi**

Pengertian Uji kompetensi tidak sama dengan ujian. Uji kompetensi memiliki makna yang lebih luas, yaitu pengumpulan berbagai informasi dari berbagai sumber yang diperoleh melalui berbagai metode pengukuran kemampuan untuk mengambil keputusan mengenai kinerja seorang mahasiswa. Dengan demikian, uji kompetensi dapat meliputi berbagai ragam penilaian yang dilakukan secara longitudinal mulai dari semester awal. Sedangkan ujian adalah tes yang dilaksanakan pada saat tertentu. Ujian dapat menjadi salah satu sumber informasi.

Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter (UKMPPD) perlu diluruskan. Kebijakan UKMPPD sebagai syarat lulus program pendidikan profesi dokter dan dokter gigi yang saat ini berlangsung perlu dihilangkan. Menentukan syarat kelulusan adalah wewenang perguruan tinggi sesuai dengan prinsip otonomi perguruan tinggi. Fungsi UKMPPD perlu diubah menjadi uji kompetensi untuk syarat praktik. Sehingga, mahasiswa menyelesaikan terlebih dahulu semua persyaratan yudisium sebagai dokter, termasuk telah disumpah sebagai dokter, baru dapat mengikuti internsip. Konsisten dengan UKMPPD sebagai syarat praktik, maka pelaksanaan ukmppd dapat digeser setelah selesai melaksanakan program internsip atau sebelum melaksanakan program internship.

## **8. Adaptasi**

Proses adaptasi bagi Warga Negara Indonesia yang telah lulus pendidikan kedokteran di luar negeri perlu dikaji kembali kesetaraan kurikulum dan implementasi proses pembelajarannya dengan sistem pendidikan kedokteran di Indonesia. Hal ini menjadi penting karena adanya perbedaan pemahaman mengenai Sarjana Kedokteran dengan Dokter yang diperoleh setelah melalui tahap profesi di Indonesia, dengan yang terdapat di luar negeri. MBBS setara dengan S.Ked di Indonesia, namun mereka telah disebut sebagai dokter yang sebenarnya di negara tersebut belum dapat berpraktik secara mandiri.

Karena selama ini proses penyeteraan ijazah oleh Kemristek Dikti belum mengevaluasi kurikulum yang dipelajari, maka dalam

penyelenggaraan proses adaptasi ini dibutuhkan acuan khusus melalui Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia sebagai Lembaga yang mengeluarkan Surat Tanda Registrasi (STR) sebagai dokter.

## **9. Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan**

Pelaksanaan pengembangan pendidikan keprofesian berkelanjutan merupakan keharusan bagi profesi dokter yang terkait dengan kesehatan dan keselamatan masyarakat. Organisasi profesi merupakan ujung tombak pelaksanaan P2KB. Berbagai bentuk P2KB yang dilaksanakan oleh anggota organisasi profesi, yaitu IDI dan PDGI akan dapat diterima dengan baik apabila telah diverifikasi bahwa kegiatan P2KB yang dilakukan memang berdampak pada peningkatan kompetensinya dari bukti-bukti yang disertakan oleh anggota. Demikian pula bagi penyelenggara P2KB, perlu memperoleh pengakuan dari organisasi profesi, sehingga mutu P2KB dapat divalidasi pelaksanaannya.

Pelaksanaan P2KB yang telah berjalan saat ini perlu didukung oleh negara. Negara diharapkan kembali hadir bagi tersedianya pemenuhan kebutuhan dokter akan pendidikan berkelanjutan. Upaya kerja sama dengan berbagai pihak – selain Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dan sektor privat pemangku kepentingan dalam pelayanan kesehatan – perlu dilakukan, agar pelaksanaan pendidikan berkelanjutan dapat terlaksana dengan baik.

## **10. Ijazah, Sertifikat Kompetensi, Sertifikat Profesi**

Sistem baru yang diajukan adalah program profesi dokter terdiri atas pendidikan akademik dan pendidikan profesi sehingga setelah menyelesaikan pendidikan dokter, lulusan berhak mendapatkan ijazah sebagai pengakuan bahwa yang bersangkutan telah menyelesaikan program profesi dokter dan sertifikat profesi sebagai pengakuan bahwa yang bersangkutan memiliki potensi kemampuan untuk melaksanakan praktik profesi setelah memenuhi persyaratan praktik.

Ijazah tetap diberikan kepada lulusan program profesi karena kekhasan pendidikan kedokteran, yaitu memiliki program profesi yang jelas capaian pembelajarannya dan meliputi aspek pengetahuan, ketrampilan dan sikap serta kurikulum berbasis kerja (*work-based curriculum*) dengan proses pembelajaran yang terstruktur dan terukur.

## **11. Organisasi Profesi dan Kolegium**

Organisasi profesi yang telah diakui oleh pemerintah dan memiliki sejarah panjang dalam perjalanan Indonesia hingga saat ini adalah Ikatan Dokter Indonesia dan Persatuan Dokter Gigi



Indonesia. Sebagai organisasi profesi tertua di Indonesia, negara perlu mengakomodasi peran IDI dan PDGI dalam sistem pelayanan kesehatan dan sistem pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

IDI dan PDGI yang memiliki organ-organ pelengkap organisasi yang bertugas untuk memelihara dan menerapkan standar etika dan pendidikan pelatihan serta perlindungan profesi untuk kepentingan publik. Untuk itu, peran organisasi profesi dan kolegium perlu dikembalikan sesuai dengan peraturan-peraturan sebelumnya untuk menjaga kemungkinan adanya organisasi lain yang menyatakan sebagai organisasi profesi sehingga dapat berdampak buruk bagi keamanan dan keselamatan pasien di masa yang akan datang. Sesuai dengan UUPK, perlu ditegaskan di UU Dikdok bahwa hanya ada 1 (satu) organisasi profesi kedokteran di Indonesia, yakni Ikatan Dokter Indonesia (IDI) untuk dokter dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia untuk dokter gigi.

Kolegium Kedokteran Indonesia dan Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia adalah badan yang dibentuk oleh organisasi profesi untuk masing-masing cabang disiplin ilmu yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut. Dalam sejarah terbentuknya kolegium di Indonesia, organisasi profesi yang mempunyai peran besar, sehingga kolegium dan organisasi profesi merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan. Kolegium dalam menjalankan tugasnya tetap bersifat independen dan otonom. Tugas Kolegium terutama dalam menyusun Standar Kompetensi dan Standar Pendidikan bagi dokter. Bagi dokter, Standar Kompetensi dan Standar Pendidikan disusun oleh asosiasi institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi yang berkoordinasi dengan kolegium kedokteran/ kedokteran gigi. Sementara untuk dokter spesialis, Standar Kompetensi disusun oleh Kolegium pengampu ilmu terkait.

## **12. KKI**

Sejak diterbitkannya Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004, Indonesia telah mengikuti pendekatan sistem universal dengan memiliki Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Kewenangan Konsil Kedokteran Indonesia adalah melakukan pengaturan dalam bidang pendidikan serta pembinaan keprofesian berupa pengesahan Standar Kompetensi dan Standar Pendidikan, serta pembinaan keprofesian yang terkait dengan perlindungan masyarakat melalui tuntunan keprofesian (*protect the people, guiding the profession*). Demikian pula dalam pembukaan program

studi, pengesahan pembukaan fakultas kedokteran, akreditasi program studi kedokteran serta penutupan sebuah program studi dan fakultas kedokteran, KKI perlu memberikan rekomendasi kepada pemerintah sebagai bahan pertimbangan mengenai hal tersebut. Untuk itu, di dalam Perubahan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, peran KKI harus dikembalikan.

Dalam penyelenggaraan urusan kedokteran dibutuhkan keterlibatan organisasi profesi, organisasi institusi pendidikan, kolegium, dll bersama Pemerintah. Peran Pemerintah dalam proses tersebut adalah sebagai regulator, fasilitator dan pengawasan, bukan eksekutor.

### **13. Jumlah dan Distribusi Dokter**

Untuk pemenuhan jumlah dan pemerataan distribusi dokter, perlu pengaturan pemerintah yang melibatkan pemangku kepentingan terkait seperti KKI, organisasi profesi dan asosiasi institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi serta pihak lainnya terkait wahana pendidikan dan wahana pelayanan kesehatan. Perlu penghitungan kebutuhan akan dokter/dokter gigi dan dokter spesialis dan dokter gigi spesialis menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan. Perlu juga keterlibatan Pemerintah Daerah untuk menyediakan tenaga Dokter di daerah.

**BAB III**  
**EVALUASI DAN ANALISIS**  
**TERHADAP PERATURAN DAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT**

Dialektika sejarah regulasi di Indonesia membentuk karakteristik regulasi Indonesia yang penuh sengkabut. Sengkabut regulasi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu warisan genetika kolonial, tekanan pada adaptasi situasi global, keinginan kuat untuk mempertahankan kedaulatan negara terhadap semua tekanan-tekanan internasional, dan situasi pragmatis pembentukan undang-undang di antaranya sikap reaktif terhadap gagasan, wacana, golongan bahkan peristiwa tertentu, kepentingan golongan, kepentingan material oleh aktor-aktor politik, birokrasi dan modal, kepentingan legitimasi kelembagaan, dan lain-lain.

Sengkabut regulasi terjadi pada aspek material (substansial) di dalam undang-undang, aspek hubungan antar undang-undang, aspek penyusunan regulasi (formal), dan aspek penerapan atau praktik pelaksanaan undang-undang. Pertama, aspek material (substansi). Terkait dengan aspek substansi, sengkabut regulasi terjadi dalam paradigma regulasi, konstitusionalisme, hubungan antar regulasi (Undang-Undang), dan bahkan ada dalam tubuh satu regulasi itu sendiri baik antara naskah akademik dengan isi Undang-Undang, konsideran dengan batang tubuh, bahkan pada pilihan diksi yang digunakan dalam rumusan Undang-Undang. Kedua, antar hubungan antar undang-undang, sengkabut hubungan antar undang-undang menyebabkan tarik-menarik kewenangan antar institusi, disharmoni berbagai ketentuan. Ketiga, aspek formal (penyusunan regulasi), kecenderungan pragmatis dari berbagai golongan dengan bermacam-macam motivasi kepentingan baik politik maupun kepentingan material, menjadi perpaduan yang mendorong dibentuknya banyak regulasi-regulasi sektoral yang saling bertumpang-tindih. Salah satu kecenderungan pragmatisme regulasi kita terkait dengan legitimasi terhadap penganggaran negara terhadap kelembagaan mau pun program.

Sengkabut regulasi ini sangat terbuka ruangnya akibat paradigma hukum terbuka. Paradigma ini memberi tempat bagi sektoralisme hukum, di mana setiap Undang-Undang memiliki kedudukan yang sama.

Sengkabut peraturan perundang-undangan juga terjadi pada peraturan perundang-undangan dalam bidang kesehatan dan pendidikan. Setidaknya ada beberapa Undang-Undang terkait isu kesehatan yaitu Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran. Semua undang-undang berada dalam posisi setara/setingkat karena paradigma hukum terbuka yang kita anut tidak memberi tempat bagi undang-undang induk atau pokok. Oleh karena itu

yang dapat dilakukan adalah harmonisasi horisontal terhadap semua undang-undang lain yang setingkat.

Terkait pendidikan kedokteran, setidaknya ada 3 (tiga) Undang-undang yang perlu diharmonisasikan, yaitu:

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran,
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
3. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan kedokteran.

Harmonisasi ketiga Undang-undang tersebut menunjukkan adanya tumpang tindih ketentuan yang mengatur mengenai jenis profesi, kelembagaan profesi, gelar, praktik layanan dokter dan juga pelaksanaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional).

### **1. Model Pendidikan Kedokteran di Indonesia**

Bahwa sebenarnya di dunia kedokteran, pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary care*) adalah wilayah pelayanan, tidak ada satu pun yang menyebutkan *primary care* sebagai profesi apalagi gelar khusus yang berpraktik di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Di dunia kedokteran internasional tidak dikenal gelar setara spesialis dokter layanan primer, melainkan yang dikenal seperti di Amerika adalah komunitas dokter layanan primer yang meliputi dokter umum, dokter keluarga, dokter spesialis, dokter anak, dokter penyakit dalam, dokter psikiatri. Dalam praktiknya, IDI belum memberikan rekomendasi gelar “dokter layanan primer.”

Berikutnya adalah tumpang tindih pengaturan mengenai penyelenggaraan pendidikan profesi dokter layanan primer, hal mana semestinya Undang-Undang Pendidikan Kedokteran harus memperhatikan ketentuan dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Pendidikan Tinggi.

Undang-Undang Pendidikan Kedokteran mengatur langsung jenis pendidikan profesi kedokteran dalam pasal 7 ayat (5), pasal 8 ayat (3). Selanjutnya mengenai penyelenggaraan pendidikan profesi tersebut Fakultas Kedokteran dan Kedokteran Gigi berkoordinasi dengan lembaga profesi yaitu IDI sebagaimana bunyi pasal 8 ayat (4). Berikut bunyi pasal-pasal Undang-Undang No tentang Pendidikan Kedokteran tersebut:

#### Pasal 7 ayat (5)

Pendidikan Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b terdiri atas:

- a. program profesi dokter dan profesi dokter gigi; dan
- b. program dokter layanan primer, dokter spesialis-subspesialis, dan dokter gigi spesialis-subspesialis

### Pasal 8 ayat (3)

Program dokter layanan primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelanjutan dari program profesi dokter dan program internsip yang setara dengan program dokter spesialis.

### Pasal 8 ayat (4):

Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kedokteran Gigi dalam menyelenggarakan program dokter layanan primer, dokter spesialis-subspesialis, dan dokter gigi spesialis-subspesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkoordinasi dengan Organisasi Profesi.

Undang-Undang Pendidikan Kedokteran juga mengatur mengenai standar pendidikan profesi kedokteran dan kurikulumnya, termasuk di dalamnya adalah kewenangan menteri dalam menetapkan standar pendidikan nasional kedokteran, menyerahkan pengembangan kurikulum pada Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kedokteran Gigi sebagaimana diatur dalam pasal 24, 25, dan 26 Undang-Undang Pendidikan Kedokteran.

Padahal untuk menyelenggarakan jenis program pendidikan kedokteran harus memperhatikan secara menyeluruh standar pendidikan profesi kedokteran dan kurikulumnya, hal mana telah pula diatur dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran. Berbeda dengan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, Undang-Undang Praktik Kedokteran mengamanatkan kepada Konsul Kedokteran Indonesia (KKI) bertugas mengesahkan standar pendidikan profesi kedokteran dan kedokteran gigi. Demikian pula mengenai kurikulum pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi diserahkan kepada kolegium kedokteran atau kedokteran gigi. sebagaimana bunyi pasal 7 ayat (1) huruf (a), Pasal 7 ayat (2), pasal 26 dan pasal 27 Undang-Undang Praktik Kedokteran. Artinya, penyelenggaraan program 'dokter layanan primer' tidak dapat serta-merta disebutkan di dalam ketentuan pasal Undang-Undang Pendidikan Kedokteran dengan bertumpu hanya pada Fakultas Kedokteran saja, melainkan harus memperhatikan ketentuan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan kolegium kedokteran. Jika hal ini tidak diperhatikan maka di dalam praktik penyelenggaraannya pasti akan menemukan masalah terkait dengan kewenangan KKI dan kolegium, seperti misalnya praktik lulusan program dokter layanan primer dan pembinaan oleh kolegium.

Berikut ini adalah pasal-pasal dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran yang mengatur mengenai standar nasional pendidikan kedokteran dan kurikulum pendidikan kedokteran:

## Bagian Kedelapan Standar Nasional Pendidikan Kedokteran

### Pasal 24

- (1) Standar Nasional Pendidikan Kedokteran yang mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi disusun secara bersama oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, asosiasi rumah sakit pendidikan, dan Organisasi Profesi.
- (2) Standar Nasional Pendidikan Kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Menteri.

## Bagian Kesembilan Kurikulum

### Pasal 25

- (3) Kurikulum dikembangkan oleh Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kedokteran Gigi dengan mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Kedokteran.

### Pasal 26

Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kedokteran Gigi wajib melaksanakan Kurikulum

Terlihat sekali dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, kepentingan pemerintah di dalam penyelenggaraan program dokter layanan primer dan program internsip, sehingga secara khusus nantinya dalam peraturan pemerintah, sebagaimana bunyi pasal 7 ayat (9):

### Pasal 7

Ketentuan lebih lanjut mengenai program dokter layanan primer sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b dan program internsip sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dan ayat (8) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

## **2. Standar Kompetensi Dokter dan Standar Pendidikan Profesi Dokter**

Keberadaan Standar Kompetensi Dokter dan Standar Pendidikan Profesi Dokter secara jelas diatur di dalam UU No.29/2004 tentang Praktik Kedokteran. Berikut ini pasal-pasal terkait.

### BAB IV

## STANDAR PENDIDIKAN PROFESI KEDOKTERAN DAN KEDOKTERAN GIGI

## Pasal 26

- (1) Standar pendidikan profesi kedokteran dan standar pendidikan profesi kedokteran gigi disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.
- (2) Standar pendidikan profesi kedokteran dan standar pendidikan profesi kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1)
  - a. untuk pendidikan profesi dokter atau dokter gigi disusun oleh asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi; dan
  - b. untuk pendidikan profesi dokter spesialis atau dokter gigi spesialis disusun oleh kolegium kedokteran atau kedokteran gigi.
- (3) Asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi dalam menyusun standar pendidikan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a berkoordinasi dengan organisasi profesi, kolegium, asosiasi rumah sakit pendidikan, Kementerian Pendidikan Nasional, dan Kementerian Kesehatan.
- (4) Kolegium kedokteran atau kedokteran gigi dalam menyusun standar pendidikan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, asosiasi rumah sakit pendidikan, Kementerian Pendidikan Nasional, dan Kementerian Kesehatan.

Sementara Undang-Undang Pendidikan Tinggi mengatur bahwa kurikulum pendidikan profesi dirumuskan bersama kementerian, kementerian lain dan organisasi profesi, dalam hal ini adalah IDI. Pelibatan organisasi profesi sangat penting karena menurut Undang-Undang ini, organisasi profesi bertanggungjawab terhadap mutu layanan profesi, sebagaimana pasal 36 Undang-Undang Pendidikan tinggi.

## Pasal 36

Kurikulum pendidikan profesi dirumuskan bersama Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi dengan mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

### **3. Pembiayaan Pendidikan Kedokteran**

Pendidikan kedokteran dibutuhkan input sarana prasarana dan sumber daya dosen pendidikan yang lebih besar dibandingkan dengan pendidikan tinggi lainnya, sehingga pembiayaan pendidikan yang dibutuhkan juga besar. Namun, kesehatan yang merupakan hak setiap warga negara menjadikan kehadiran pemerintah perlu menjadi lebih besar pula untuk mendukung pemenuhan efektifitas pembiayaan pendidikan kedokteran.

Teori *Human Capital* seharusnya tetap dapat terpenuhi walaupun dengan adanya jaminan pemerintah terhadap kesehatan warga negaranya melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal ini harus dapat difasilitasi oleh pemerintah untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat.

Untuk menerapkan standar biaya pendidikan tinggi, setiap perguruan tinggi diwajibkan: a. menyusun pedoman gaji dan upah untuk dosen dan tenaga, b. melakukan analisis biaya operasional pendidikan tinggi sebagai bagian dari penyusunan Rencana Anggaran Pengeluaran Belanja tahunan perguruan tinggi yang bersangkutan; c. melakukan evaluasi tingkat ketercapaian standar satuan biaya pendidikan tinggi setiap akhir tahun anggaran.

UU No.20/2003 Pasal 46 Ayat 1-5 telah mengatur mengenai pembiayaan pendidikan, yang diperkuat oleh PP 19/2005 Pasal 62 Ayat 1-5 tentang Standar Pembiayaan.

#### **4. Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan**

Dalam dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran belum disebutkan mengenai pendidikan berkelanjutan dan pentingnya kebutuhan ini terpenuhi bagi seorang dokter. Setelah menyelesaikan pendidikan formal untuk mendapatkan profesi dokter dan dokter spesialis, pendidikan berkelanjutan atau yang dikenal dengan *Continuing Medical Education* (CME) merupakan kebutuhan penting yang wajib dipenuhi oleh dokter yang berpraktik medis. Meskipun dokter sudah dinyatakan lulus dari uji kompetensi sebagai indikator kompetensi sebagai dokter, perkembangan keilmuan yang pesat, penemuan berbagai teknologi baru, baik itu teknologi informasi maupun biomedik, memerlukan dokter untuk secara periodik mengikuti pendidikan berkelanjutan. Selain itu, dokter yang berpraktik di wilayah Indonesia yang berbeda, dengan keragaman sosio budaya dan geografis, akan memiliki kebutuhan pengembangan ilmu, teknologi dan keterampilan yang berbeda pula. Hal ini menjadi kebutuhan yang perlu dipenuhi pelaksanaannya dengan bantuan pemerintah terutama pemerintah daerah wilayahnya berpraktik.

Saat ini, dengan peraturan gratifikasi yang membatasi diperolehnya fasilitas pendidikan berkelanjutan dokter ataupun dokter spesialis dari pihak ketiga, menjadikan kebutuhan pendidikan berkelanjutan sulit direalisasikan karena umumnya permasalahan pembiayaan. Untuk itu, negara diharapkan kembali hadir bagi tersedianya pemenuhan kebutuhan dokter akan pendidikan berkelanjutan.

Dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran disebutkan mengenai adanya pendidikan kedokteran berkelanjutan, yaitu pasal 27 dan 28. Pendidikan berkelanjutan dimaksudkan agar dokter atau dokter gigi



senantiasa dapat meningkatkan kapasitas kompetensinya secara terus menerus.

Dalam rangka meningkatkan layanan kesehatan, dipandang perlu untuk meningkatkan penguasaan kompetensi dokter umum. dengan cara melaksanakan program pendidikan kedokteran berkelanjutan atau disingkat (P2KB) dalam bentuk seminar, workshop, dan lain-lain, tanpa harus menyelenggarakan proyek pendidikan profesi baru dengan pembiayaan APBN.

Ikatan Dokter Indonesia (IDI) sebagai satu-satunya organisasi profesi kedokteran dan kedokteran gigi, dapat melakukan program pelatihan untuk pengembangan pendidikan kedokteran berkelanjutan (P2KB), bekerja sama dengan 33 IDI wilayah dan 430 IDI cabang dengan sebaran ilmu merata. Program ini dilaksanakan dalam bentuk training, tatap muka, pendidikan jarak jauh dengan modul terstruktur, yang silabusnya disesuaikan dengan konteks lokal demografi dan etnografi setempat, dan kapasitas pengajar dari 36 kolegium dengan jumlah pakar 50 orang per kolegium yang dapat menjamin mutu dan kualitas dokter umum. Pembiayaan dilaksanakan mandiri oleh dokter ditambah dukungan APBN yang tidak terlampaui besar/ tidak membebani APBN.

IDI juga mampu mendukung program peningkatan kompetensi dokter dengan penyelenggaraan (P2KB) di 430 cabang di Indonesia, yang dapat menjangkau 40.000 orang dengan 5 modul per tahun.

## **5. Ijazah, Sertifikat Kompetensi, Sertifikat Profesi**

Dalam Undang-Undang Pendidikan Tinggi, pemberian gelar profesi melibatkan organisasi profesi, dalam hal ini berarti IDI, sebagaimana diatur dalam pasal 26 ayat (6) Undang-Undang Pendidikan Tinggi. Di sini Undang-Undang Pendidikan Kedokteran mengabaikan ketentuan dalam Undang-Undang Pendidikan Tinggi. Berikut adalah ketentuan dalam Undang-Undang Pendidikan Tinggi:

Pasal 26 ayat (6) :

Gelar profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan oleh Perguruan Tinggi bersama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab terhadap mutu layanan profesi.

Paragraf 7

Sertifikat Profesi dan Sertifikat Kompetensi

Pasal 43

(1) Sertifikat profesi merupakan pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan pendidikan profesi yang diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi

- yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi, dan/atau badan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Sertifikat profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterbitkan oleh perguruan Tinggi bersama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab terhadap mutu layanan profesi, dan/atau badan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **6. Konsil Kedokteran Indonesia**

Dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, peran kolegium dan KKI dihilangkan untuk melakukan pengaturan dalam bidang pendidikan dan pembinaan keprofesian yang berupa pengesahan Standar Pendidikan dan Standar Kompetensi serta pembinaan keprofesian yang terkait dengan perlindungan masyarakat melalui tuntunan keprofesian (*protect the people, guiding the profession*).

Keselarasan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran dengan peraturan yang telah terbentuk dan masih berlaku hingga saat ini, yaitu Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut Undang-Undang Praktik Kedokteran) perlu dilakukan. Dalam pasal 6 Undang-Undang Praktik Kedokteran, Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai fungsi pengaturan, pengesahan, penetapan, serta pembinaan dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan medis. Untuk melaksanakan fungsinya, Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai tugas, yaitu melakukan registrasi dokter dan dokter gigi; mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi; dan melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan praktik kedokteran yang dilaksanakan bersama lembaga terkait sesuai dengan fungsi masing-masing (Pasal 7 Undang-Undang Praktik Kedokteran). Pada Undang-Undang Pendidikan Kedokteran peran KKI tersebut diadukan. Peran kolegium dan KKI perlu diselaraskan pada perubahan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, sehingga terjadi sinkronisasi antar Undang-Undang

Pengaturan dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran dan Undang-Undang Tenaga Kesehatan tersebut berbeda dengan pengaturan mengenai pendidikan profesi dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Pendidikan Tinggi. Dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran pendidikan (profesi) kedokteran melibatkan konsil Kedokteran Indonesia (KKI). KKI menurut pasal 1 ayat (3) Undang-Undang Praktik Kedokteran adalah suatu badan otonom, mandiri, nonstruktural, dan bersifat independen, yang terdiri atas Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi. KKI memiliki tugas untuk mengesahkan standar pendidikan profesi kedokteran dan kedokteran gigi. Namun standar pendidikan tersebut disusun oleh asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi,

berkoordinasi dengan organisasi profesi, kolegium, asosiasi rumah sakit pendidikan, Kementerian Ristek dan Dikti, dan Kementerian Kesehatan.

Selanjutnya kolegium kedokteran atau kedokteran gigi dalam menyusun standar pendidikan profesi berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, asosiasi rumah sakit pendidikan, Kementerian Ristek dan Dikti, dan Kementerian Kesehatan, sebagaimana bunyi pasal 7 ayat (1) huruf (a), pasal 7 ayat (2), pasal 26 dan pasal 27. KKI juga memiliki kewenangan untuk mengesahkan penerapan cabang ilmu kedokteran dan kedokteran gigi sebagaimana pasal 8 huruf (e). Berikut bunyi pasal-pasal tersebut selengkapnya:

#### Pasal 7

(1) Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai tugas:

- a. mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi; dan
- (2) Standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi yang disahkan Konsil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b ditetapkan bersama oleh Konsil Kedokteran Indonesia dengan kolegium kedokteran, kolegium kedokteran gigi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran, asosiasi institusi pendidikan kedokteran gigi, dan asosiasi rumah sakit pendidikan.

#### Pasal 8

Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai wewenang:

- d. Mengesahkan penerapan cabang ilmu kedokteran dan kedokteran gigi;

### **7. Dokter layanan primer (DLP)**

DLP masuk dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran memicu permasalahan yang besar bagi profesi dokter. Penambahan jenis profesi baru “dokter layanan primer” ini menyebabkan kontroversi terjadinya tumpang tindih 2 (dua) peraturan perundang-undangan yaitu Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, yaitu adanya bias istilah praktik layanan dokter primer menjadi ‘gelar’ profesi dokter layanan primer (DLP).

Hal ini bertabrakan antara praktik pelayanan dokter primer yang selama ini dilakukan oleh dokter yang berpraktik di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Salah satu kewenangan dokter adalah untuk memberikan pelayanan JKN (kontak pertama JKN), sementara berdasarkan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, penjelasan pasal 8, disebutkan bahwa kontak pertama JKN adalah dokter layanan

primer (DLP). Penjelasan Undang-Undang tersebut akan berpotensi menyebabkan kriminalisasi terhadap dokter yang menangani pasien JKN, dan BPJS rentan terhadap tuntutan akibat bekerja sama dengan dokter untuk penyelenggaraan layanan JKN.

Pada dasarnya, istilah layanan primer (*primary care*) adalah istilah bagi wilayah pelayanan. Tidak ada satu pun negara yang menyebutkan *primary care* sebagai gelar profesi dokter yang berpraktik di layanan primer. Istilah umum di berbagai negara di dunia sebagai gelar dokter di layanan primer adalah dokter keluarga, dokter umum, atau dokter spesialis umum, seperti *general paediatrician*, dan seterusnya.

Berdasarkan sejarah pembentukan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, tidak pernah terdapat istilah dokter layanan primer di dalam Naskah Akademik Rencana Undang-Undang (RUU) Pendidikan Kedokteran. Tanggal 2 Maret 2013 merupakan waktu keluar redaksional “dokter layanan primer” untuk pertama kalinya dalam usulan perubahan RUundang-Undang. Pemaknaan “dokter layanan primer” tersebut hanya penekanan kepada lulusan pendidikan dokter dengan pengembangan kekhususan kompetensi sesuai wilayah tertentu dan kebutuhan pelayanan yang ditetapkan oleh Menteri. Pemaknaan ini sejalan dengan pemberian kewenangan tambahan kepada dokter dan dokter gigi berdasarkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) Nomor 48 tahun 2010 tentang Kewenangan Tambahan Dokter dan Dokter Gigi.

Redaksional “dokter layanan primer” sebagai bagian dari definisi “dokter” baru muncul pada pembahasan Panitia Kerja (Panja) DPR tanggal 25-26 Juni 2013. Tidak didapatkan alasan dan kronologis hadirnya redaksional “dokter layanan primer” di dalam draf tersebut. Sejak itu, IDI dengan konsisten menolak istilah dokter layanan primer dan mengawal agar peran organisasi profesi dan kolegiumnya tercantum secara eksplisit di dalam pasal-pasal tertentu RUundang-Undang.

Dalam pendidikan kedokteran, keberadaan DLP juga menimbulkan berbagai inkonsistensi. Pendidikan DLP merupakan pendidikan profesi yang disebutkan setara dengan spesialis. Dalam peraturan perundangan yaitu Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 pasal 17 ayat 2 ditegaskan bahwa penyelenggaraan pendidikan profesi dilakukan bekerja sama dengan Kementerian terkait dan Organisasi Profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa pembukaan program studi profesi tidak dapat dibuka secara otonomi tanpa berkoordinasi dengan pihak lainnya. Selain itu, pendidikan profesi juga harus melalui berbagai ketentuan seperti memiliki standar pendidikan profesi yang telah ditetapkan bersama oleh Konsil Kedokteran Indonesia dengan Kolegium Kedokteran, assosiasi pendidikan kedokteran, dan asosiasi rumah sakit pendidikan. Padahal hingga saat ini, standar pendidikan profesinya masih belum ditetapkan oleh KKI.

Sebagai profesi baru, DLP juga seharusnya memiliki kolegium yang diakui melalui persetujuan dari Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI). Kolegium kedokteran adalah badan yang dibentuk oleh organisasi profesi untuk masing-masing disiplin ilmu yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut. Berdasarkan gambaran kejadian timbulnya DLP pada Undang-Undang Pendidikan Kedokteran dan perjalanan perkembangan DLP hingga saat ini, DLP sebagai jenis baru profesi dokter akan menambah anomali bentuk pendidikan dan pelayanan kesehatan Indonesia dibandingkan dengan yang terjadi di berbagai negara di dunia.

Jenis profesi dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran pasal 1 ayat (9), bertumpang-tindih dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran pasal 1 ayat (2) sebagai berikut:

Undang-undang	Bunyi Pasal	Keterangan
Undang-Undang Praktik Kedokteran	Pasal 1 ayat (2): Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	Jenis profesi dokter (medis): Dokter, dokter gigi, dokter spesialis dokter gigi spesialis
Undang-Undang Pendidikan Kedokteran	Pasal 1 ayat (9): Dokter adalah dokter, dokter layanan primer, dokter spesialis-subspesialis lulusan pendidikan dokter, baik di dalam maupun di luar negeri, yang diakui oleh Pemerintah.  Pasal 1 ayat (10): Dokter Gigi adalah dokter gigi, dokter gigi spesialissubspesialis lulusan pendidikan dokter gigi, baik di dalam maupun di luar negeri, yang diakui oleh Pemerintah.	Jenis profesi dokter: Dokter Dokter layanan primer Dokter spesialis-subspesialis Dokter gigi Dokter gigi spesialis-subspesialis

Undang-Undang Pendidikan Kedokteran memasukan 'dokter layanan primer' ke dalam jenis profesi dokter, hal mana berbeda dengan jenis profesi dokter (medis) dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran.

Tumpang tindih kewenangan atau otoritas tugas profesi kedokteran terdapat dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran pasal 51 huruf (b) dengan penjelasan pasal 8 ayat (2) Undang-Undang Pendidikan Kedokteran sebagai berikut:

Undang-undang	Pasal	Keterangan
Undang-Undang Praktik Kedokteran	Pasal 51 Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban: b. merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;	Kewenangan pemberian rujukan oleh dokter dan dokter gig menunjuk pada: Dokter, dokter gigi, dokter spesialis dokter gigi spesialis
Undang-Undang Pendidikan Kedokteran	Penjelasan pasal 8 ayat 2: Pasal 8 Ayat (1) Cukup jelas. Ayat (2) Program dokter layanan primer ditujukan untuk memenuhi kualifikasi sebagai pelaku awal pada layanan kesehatan tingkat pertama, melakukan penapisan rujukan tingkat pertama ke tingkat kedua, dan melakukan kendali mutu serta kendali biaya sesuai dengan standar kompetensi dokter dalam sistem jaminan kesehatan nasional.	DLP sebagai pelaku awal pada layanan kesehatan tingkat pertama, penapisan rujukan tingkat pertama ke tingkat kedua, serta kendali mutu dan kendali biaya dalam sistem jaminan kesehatan nasional

Tumpang tindih kewenangan atau otoritas antara dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis dalam Undang-Undang tentang Praktik Kedokteran dengan dokter layanan primer dalam Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran dapat berimplikasi menimbulkan masalah dalam praktik layanan dokter dan juga pelaksanaan JKN (Jaminan

Kesehatan Nasional). Selama ini, praktik pelayanan kedokteran primer dilakukan oleh dokter umum. Salah satu kewenangan dokter umum adalah memberikan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu sebagai kontak pertama JKN berdasarkan Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN pasal 17 bahwa dokter umum yang melayani pada jenjang pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sedangkan jika menurut Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran, penjelasan pasal 8 ayat (2) bahwa kontak pertama JKN adalah Dokter Layanan Primer (DLP). Hal ini akan berpotensi menyebabkan terjadinya kriminalisasi terhadap dokter yang berpraktik di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menangani pasien JKN. Akibat lanjutannya adalah BPJS rentan terhadap tuntutan akibat bekerja sama dengan dokter umum untuk penyelenggaraan layanan JKN.

Selanjutnya berkaitan dengan pemberian gelar dokter layanan primer dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran bertumpung tindh dengan pengaturan pemberian gelar dengan melibatkan lembaga profesi sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Pendidikan Tinggi. Dalam pasal 26 ayat (6) Undang-Undang Pendidikan Tinggi pemberian gelar pendidikan profesi melibatkan lembaga profesi, dalam hal ini adalah Ikatan Dokter Indonesia (IDI) sebagai wadah tunggal organisasi profesi dokter sebagaimana pasal 1 ayat (12) Undang-Undang Praktik Kedokteran, namun dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran tidak dijelaskan apa gelar dari lulusan pendidikan profesi dokter layanan primer. Dalam Undang-Undang ini hanya disebutkan bahwa program dokter layanan primer setara dengan program dokter spesialis, pasal 8 ayat (3). Apakah dengan demikian gelarnya setara dokter spesialis? Undang-Undang ini tidak mengaturnya.

## **8. Jumlah dan Distribusi Dokter**

Dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran belum terdapat pengaturan mengenai distribusi dokter dan tanggung jawab pemerintah terhadap pemenuhan tenaga dokter di berbagai wilayah Indonesia. Ketimpangan distribusi dokter di berbagai wilayah Indonesia, terutama di wilayah Indonesia Tengah dan Timur semakin jelas semenjak liberalisasi dan komersialisasi pendidikan. Pembiayaan pendidikan kedokteran yang mahal, lama dan ditanggung secara mandiri, menjadikan pilihan tempat berpraktik medis tidak pada daerah yang sepi penduduk, kurang fasilitas ataupun jauh dari ibukota. Daerah yang kurang mendapat perhatian sebagai pilihan tempat praktik bagi dokter semakin sulit terselesaikan.

Saat ini bagi dokter spesialis, diberlakukan Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) bagi lulusan dokter spesialis di tahun 2017. Program WKDS ini diberlakukan bagi dokter spesialis yang baru selesai mengikuti pendidikan, sebagai wujud kehadiran negara dalam memenuhi dan pemeratakan

pelayanan medik spesialistik yang bermutu serta terdistribusi secara merata di seluruh Indonesia. WKDS ini diatur melalui Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2017 dan sesuai dengan amanat Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 26 ayat (1) bahwa pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan. Pada ayat (2) selanjutnya disebutkan pemerintah daerah dapat mengadakan dan mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerahnya. Bagi dokter spesialis yang lulus saat ini, peraturan ini dirasakan tidak berkeadilan karena pada saat melaksanakan pendidikan, pembiayaan dipenuhi secara mandiri tanpa andil dari pemerintah. Namun, setelah selesai pendidikan, pemerintah membebaskan kewajiban bagi dokter spesialis untuk mau ditempatkan di daerah yang ditetapkan oleh pemerintah.

Permasalahan distribusi dokter ini memang menjadi tanggung jawab pemerintah yang perlu diatur secara nasional. Secara lokal, pemerintah daerah dapat mengatur secara otonomi mengenai kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayahnya, namun kendala terjadi pada pemerintah daerah yang tidak menjadikan kesehatan sebagai fokus utama yang menjadi hak masyarakat atau bagi daerah yang memiliki pendapatan daerah yang rendah, sehingga tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dokter di daerahnya. Kerja sama dan koordinasi yang baik antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah perlu dilakukan dalam mengatasi permasalahan distribusi dokter.



## **BAB IV**

### **LANDASAN HISTORIS, FILOSOFIS, SOSIOLOGIS DAN YURIDIS**

#### **A. Landasan Historis**

Dalam sejarah perjalanan Indonesia, profesi dokter adalah profesi strategis tidak hanya untuk pelayanan kesehatan, namun dalam perkembangan pendidikannya, pendidikan profesi dokter menjadi awal berkembangnya pendidikan tinggi di Indonesia. Pendidikan kedokteran merupakan pendidikan tinggi tertua di Indonesia. Pendidikan dokter di masa kolonial diawali penyelenggaraannya oleh pemerintah kolonial untuk propaganda kesehatan dan pengendalian penyakit-penyakit tropis penyebab kematian massal seperti cacar, kolera, tipus. Ancaman wabah penyakit cacar mulai terjadi sejak tahun 1558 di Ternate, tahun 1564 di Ambon, dan tahun 1828 di Bali. Wabah penyakit kolera di Jawa terjadi pada tahun 1821, diikuti dengan wabah penyakit tipus pada tahun 1846, dan seterusnya.

Terjadinya wabah penyakit inilah yang turut mendorong perubahan kebijakan kolonial terhadap bumi putera. Pada tahun 1848, bersamaan dengan dorongan kaum liberal Belanda yang menginginkan politik etis dan mengakhiri tanam paksa, kebijakan diberikan dengan membuka kesempatan bagi bumi putera menempuh pendidikan (sekolah) menengah untuk masyarakat. Pada awalnya, sekolah keresidenan dibuka untuk pendidikan dan latihan anak-anak para pemerintah dan bangsawan setempat. Pada 2 Januari 1849 melalui Keputusan Gubernurmen Nomor 22 ditetapkan penyelenggaraan pendidikan kedokteran di Indonesia (Nederlandsch Indie) yang bertempat di rumah sakit militer.

Pendidikan kedokteran pertama didirikan pada tanggal 1 Januari 1851 di Weltevreden Gambir, Batavia (sekarang Jakarta Pusat) dengan 12 orang murid. Pendirian pendidikan kedokteran ini atas prakarsa Dr. W. Bosch yang pada saat itu Kepala Jawatan Kesehatan (Tentara dan Sipil). Sekolah ini mendidik pemuda-pemuda Jawa menjadi "Dokter Jawa" dan dipekerjakan sebagai Mantri Cacar. Saat itu lama pendidikan adalah 2 tahun. Pada tahun pertama siswa diajari fisika, kimia, geologi, botani, zoologi serta analisis tubuh manusia. Di tahun kedua, siswa mempelajari ilmu bedah, latihan bedah mayat, patologi, anatomi, materia, medika, obat-obat pokok dan pelatihan praktik klinis.

Pada tahun 1864, pendidikan kedokteran diubah menjadi 3 tahun dan lulusannya memiliki kewenangan tidak hanya sebagai Mantri Cacar, namun dapat mandiri di bawah pengawasan dokter Belanda. Pada tahun 1875, masa sekolah pendidikan dokter menjadi 7 tahun, Dua tahun pertama untuk persiapan. Tahap ini digunakan untuk belajar bahasa Belanda, kemudian dilanjutkan dengan 5 tahun sekolah kedokteran.

Pada tahun 1898, berdiri sekolah pendidikan kedokteran STOVIA (*School tot Opleiding voor Indische Artsen*). STOVIA adalah pengembangan dari Sekolah Dokter Djawa. Namun, baru pada tahun 1901, pemerintah kolonial membuat kebijakan politik etis untuk pendidikan bagi bumiputera. Lama pendidikan dokter terus berubah. Pada tahun 1902, lama pendidikan menjadi 9 tahun. Lulusannya diberi gelar "*Inlandsch Arts*" (Dokter Bumiputera).

Selain dalam bidang kesehatan, pada masa tersebut, dokter-dokter Indonesia juga berperan dalam bidang sosial politik untuk memperjuangkan kemerdekaan. Hubungan dokter dengan pasien (rakyat) membuka mata dokter mengenai penderitaan rakyat akibat penjajahan kolonial, sehingga mendorong semangat perjuangan melawan kolonial.

Dokter yang mewakili perlawanan kelas menengah saat itu menggerakkan semangat pergerakan kaum muda yang dikenal dengan "kebangkitan nasional" melawan kolonialisme pada 20 Mei 1908 di STOVIA. Dengan demikian, dalam catatan sejarah perjalanan bangsa Indonesia, peran dokter tidak hanya sebagai penyembuh penyakit rakyat namun juga sebagai pejuang kemerdekaan, agen perubahan masyarakat di berbagai wilayah Indonesia yang menjadi jendela pembuka kesadaran kebangsaan bangsa Indonesia.

Pendidikan kedokteran di Indonesia terus berkembang. Pada tahun 1913 organisasi STOVIA disempurnakan dan lama pendidikan menjadi 10 tahun. Sekolah ini kemudian terbuka tidak hanya untuk penduduk pribumi, tetapi juga bagi murid Cina. Di Surabaya juga didirikan sekolah dokter kedua dengan nama *Nederlandsch Indische Artsen School* (NIAS) yang bertujuan untuk menghasilkan dokter-dokter yang langsung dapat bekerja di kalangan masyarakat di desa-desa. Kurikulum NIAS menyesuaikan dengan kurikulum STOVIA, dengan masa pendidikan 10 tahun setelah lulus dari Sekolah Dasar Belanda. Pendidikan terdiri dari 3 tahun persiapan dan 7 tahun kedokteran. NIAS menerima siswa lulusan SD pemerintah, baik pemuda-pemuda bumiputera maupun India Belanda, keturunan Cina dan Arab, laki-laki dan perempuan. Karena kedua sekolah ini kemudian dibuka untuk semua bangsa, lulusannya diberi gelar "*Indisch Arts*" (Dokter Hindia). Pada tahun 1925, kurikulum NIAS terutama bagian klinik mengalami perubahan, demikian pula syarat masuk siswa yang dibatasi pada lulusan MULO (setingkat SMP). Pada tahun 1928, pendidikan NIAS diubah menjadi 8,5 tahun dengan menghapus bagian persiapan.

Belanda pernah mencoba untuk menurunkan pendidikan di STOVIA, sehingga menutup kesempatan bagi lulusannya mendapat gelar Arts dari universitas di Belanda. Berdasarkan perjuangan dari Dr. Abdul Rivai bersama sejawat dokter lainnya, yang tergabung dalam "*Indische Artsen Bond*" (Ikatan Dokter Indonesia) untuk duduk dalam "Panitia

Penasehat Pendirian Perguruan Tinggi Kedokteran”. Desakan terhadap pemerintah Belanda untuk didirikannya sebuah Perguruan Tinggi Kedokteran di Salemba berhasil menjadi kenyataan pada tanggal 16 Agustus 1927, STOVIA diganti dengan *Geneeskundige Hoogeschool* (Sekolah Tinggi Kedokteran) yang disingkat dengan GH Betawi sehingga pendidikan kedokteran resmi menjadi pendidikan tinggi. STOVIA resmi ditutup pada tahun 1934. GH Betawi merupakan cikal bakal Universitas Indonesia. Lama pendidikan GH Betawi adalah 7 tahun sesudah sekolah lanjutan atas (AMS) atau Sekolah Menengah Belanda (HBS). Sekolah ini meluluskan dokter yang setara dengan dokter-dokter di negeri Belanda dengan gelar “Arts”. Dengan demikian, terdapat 3 macam dokter Indonesia, yaitu dokter Djawa keluaran sekolah dokter Djawa, *Indische Arts* keluaran STOVIA dan NIAS, dan dokter *Arts* lulusan GHS.

Pada masa pendudukan Jepang tahun 1943, GH Betawi diubah menjadi IKA DAIGAKU. Setelah Jepang kalah dan Indonesia merdeka, maka pada tahun 1945 Perguruan Tinggi Kedokteran dipindahkan dan kemudian akan menjadi Balai Perguruan Tinggi Kedokteran UGM. Selanjutnya setelah situasi tenang, pada tahun 1946, IKA DAIGAKU diubah menjadi nama Perguruan Tinggi Kedokteran Republik Indonesia. Pada masa agresi militer Belanda 1947, pemerintah Belanda menyelenggarakan pendidikan kedokteran yang berbeda yang dinamakan *Geneeskundige Faculteit, Nood-Universiteit van Indonesie*, sementara pendidikan kedokteran pada Perguruan Tinggi Kedokteran Republik Indonesia tetap dilaksanakan. Pada tahun 1950, Perguruan Tinggi Kedokteran Republik Indonesia dan *Geneeskundige Faculteit, Nood-Universiteit van Indonesie*, digabung dan disatukan dengan memakai nama Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia sebagai awal terbentuknya Universitas Indonesia. Sedangkan NIAS di Surabaya menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga (FK Unair).

Pada tahun 1953 didatangkan “*visiting team*” oleh WHO yang terdiri dari ahli-ahli ilmu kedokteran dari berbagai negara untuk memberikan ceramah di universitas-universitas di kota-kota besar Indonesia. Sejak itu sistem pendidikan dokter mulai diperbarui hingga jumlah lulusan bertambah, jumlah Fakultas Kedokteran pun bertambah untuk memenuhi kebutuhan dokter di berbagai kabupaten hingga kecamatan di Indonesia. (Departemen Kesehatan RI, 1978).

Sejarah perjalanan pendidikan kedokteran gigi yaitu diawali pada pembukaan Program Pendidikan Kedokteran Gigi di Indonesia pertama kali pada tahun 1928, yaitu *School tot Opleiding voor Indische Tandarts* (STOVIT) di Surabaya. STOVIT di Surabaya ini kemudian menjadi bagian dari Universitas Airlangga. Penyelenggaraan pendidikan kedokteran gigi sebelum diberlakukannya Undang-Undang Praktik Kedokteran, mengacu pada Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Gigi Indonesia II (KIPDGI II) dan peraturan serta kebijakan pemerintah yang berkaitan

dengan pendidikan tinggi yang sifatnya umum. Penerapan KIPDGI II pada masing-masing institusi masih beragam, kemungkinan hal ini disebabkan persepsi yang berbeda-beda. Kondisi tersebut menyebabkan lulusan dokter gigi mempunyai kualitas dan kompetensi yang belum seragam.

Tingginya masalah penyakit gigi dan mulut di Indonesia, menunjukkan bahwa masalah yang ada belum dapat ditangani sepenuhnya oleh dokter gigi, karena pada kenyataannya dijumpai kasus-kasus yang sangat kompleks. Untuk mengakomodasi hal ini pada tahun 1984 secara resmi dibuka Program Pendidikan Dokter gigi Spesialis (PPDGS) dengan SK DIKTI no 139 dan 141/DIKTI/Kep/1984. Pertama kali PPDGS dibuka di 4 (empat) FKG dengan 7 (tujuh) program studi, yaitu di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia dan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga untuk program spesialis Orthodonti, Konservasi, Kedokteran Gigi Anak, Bedah Mulut, Penyakit Mulut, Periodonsia dan Prosthodontia; Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran dan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gajah Mada untuk program spesialis Orthodonti, Konservasi, Kedokteran Gigi Anak, Bedah Mulut, Periodonsia dan Prosthodontia. Setelah itu pada tahun 2003 melalui SK Dikti nomor 2251-D-T-2003 telah dibuka pula di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara untuk program pendidikan dokter gigi spesialis Orthodontia. Program PDGS ini diharapkan dapat mengembangkan Ilmu Kedokteran Gigi Klinik, pelayanan atau asuhan spesialistik meliputi metode perawatan berdasarkan hasil riset untuk memberikan pelayanan gigi dan mulut yang baik dan profesional bagi masyarakat.

Sejak era orde baru hingga sekitar tahun 2005, pendidikan kedokteran tidak banyak perubahan dalam implementasinya. Pada tahun 2003, Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional disahkan. Di dalam Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional dinyatakan pada pasal 24 ayat 4 bahwa penyelenggaraan pendidikan tinggi diatur dalam peraturan pemerintah, namun hingga tahun 2012, peraturan pemerintah tentang pendidikan tinggi belum diterbitkan, melainkan peraturan tentang pendidikan tinggi disahkan dalam bentuk Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi. Namun Undang-Undang Pendidikan Tinggi ini juga

Pada tahun 2005 dengan telah diberlakukannya Undang Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, maka dicetuskan untuk penyusunan standar pendidikan dan standar kompetensi bagi dokter dan dokter gigi. Standar-standar ini kemudian disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2006 yang dikenal dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia dan Standar Pendidikan Profesi Dokter Indonesia. Sejak mulai disahkan sampai saat ini, standar pendidikan

dan standar kompetensi merupakan acuan yang wajib dilaksanakan oleh seluruh Institusi Pendidikan Kedokteran di Indonesia.

## **B. Landasan Filosofis**

Dasar filosofis sebagai dasar pembentukan Rancangan Perubahan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran ini adalah bahwa pendidikan kedokteran ditempatkan sebagai bagian dari konsep besar (*grand design*) sistem kesehatan nasional. Sistem kesehatan nasional meliputi aspek internal kesehatan yaitu sistem pelayanan kesehatan minimal terdiri dari input yaitu mengenai infrastruktur, sarana prasarana, sumber daya manusia (tenaga kesehatan), dan lain-lain, dan proses yaitu perencanaan, pelaksanaan kegiatan, monitoring dan evaluasi; serta aspek eksternal yang mendukung sistem pelayanan kesehatan meliputi industri obat-obatan dan suplemen, peralatan kesehatan, dan lain-lain.

Pendidikan kedokteran merupakan input dari aspek internal kesehatan yang terkait pada produksi sumber daya manusia kesehatan. Dokter adalah tenaga strategis yang berperan dalam menjamin terpenuhinya hak-hak rakyat untuk sehat. Pendidikan kedokteran untuk menghasilkan dokter yang berkualitas tinggi harus dilaksanakan dengan mengacu pada standar mutu pendidikan kedokteran yang termasuk di dalamnya akreditasi, registrasi, pengawasan, pembinaan, dan lain-lain. Konsep besar ini menempatkan pendidikan kedokteran sebagai salah satu pilar strategis dari sistem kesehatan nasional.

Sebagai turunannya, maka pemerintah wajib mengusahakan dan menyelenggarakan satu sistem pendidikan kedokteran yang menjadi bagian tidak hanya dari sistem pendidikan nasional, tetapi juga sistem kesehatan nasional. Sistem ini harus dapat diselenggarakan secara terencana, terarah, dan berkesinambungan untuk memastikan terjaminnya kualitas manusia Indonesia sebagaimana tujuan bernegara dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Untuk itu, sistem pendidikan dan kesehatan tersebut harus mampu menjamin aspek keadilan, pemerataan, mutu bagi seluruh rakyat Indonesia, termasuk masyarakat miskin dan pulau-pulau terpencil terluar.

Pendidikan kedokteran adalah pendidikan tinggi jalur profesi yang diselenggarakan untuk menghasilkan dokter, dokter gigi, dokter spesialis, atau dokter gigi spesialis. Pendidikan kedokteran pada jalur merupakan satu kesatuan utuh antara tahap akademik dan profesi, yang menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi dalam ilmu dan keterampilan dalam bidang kedokteran, dengan pendekatan humanistik terhadap pasien, disertai dengan profesionalisme tinggi dan pertimbangan etika (Konsil Kedokteran Indonesia, 2011).

Berdasarkan Undang-Undang Dasar 1945 dan kebutuhan pemerintah dalam rangka mempersiapkan tenaga strategis kesehatan

ini, maka pendidikan dokter harus berkualitas dan memiliki muatan keadilan seperti adanya akses keterjangkauan bagi anak bangsa dari seluruh pelosok tanah air maupun dari seluruh lapisan sosial ekonomi bangsa Indonesia. Untuk itu, terdapat 2 hal penting dalam keadilan dalam pendidikan dokter, yang pertama adalah mengenai peran pemerintah yang bertanggung jawab untuk menyediakan tenaga dokter dan melakukan distribusi dokter ke berbagai penjuru Indonesia.

Untuk peran pemerintah dalam penyediaan tenaga kesehatan, pemerintah perlu memberikan kontribusi anggaran sebagai subsidi bagi pendidikan kedokteran, sedangkan perannya dalam pemerataan distribusi dokter, kemungkinan besar dapat diatasi jika setiap wakil rakyat terbaik di wilayah yang mewakili setiap gugusan pulau-pulau di Negara Kesatuan Republik Indonesia mendapatkan kesempatan untuk mengikuti pendidikan kedokteran dan lulus sebagai dokter. Berdasarkan konstitusi, khususnya pasal 28H ayat (2) tentang perlunya dilakukan perlakuan khusus atau *affirmative action* oleh negara bagi keseimbangan akses terhadap pendidikan kedokteran. Tindakan afirmatif tersebut dapat diberikan menurut pertimbangan geografis daerah mau pun menurut pertimbangan kemampuan ekonomi rakyat miskin.

Dalam rangka menghasilkan dokter dan dokter gigi yang baik sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan setiap anggota masyarakat, perlu ada sistem pendidikan yang baik. Sistem pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi yang baik seyogyanya mengacu pada perkembangan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang ada. Di era globalisasi yang tidak terhindarkan oleh negara manapun di dunia, menjadi suatu keharusan pula bahwa sistem pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi juga mengacu pada sistem global atau sistem yang dianut oleh banyak negara. Sistem pendidikan kedokteran yang baik, memerlukan oleh sistem pelayanan dan rujukan kesehatan yang baik, dua hal yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain.

Perkembangan pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi di dunia dewasa ini telah mengalami kemajuan yang pesat. Berbagai perubahan telah terjadi seiring dengan kebutuhan dan tantangan baik lokal, nasional, dan global dalam rangka peningkatan mutu pelayanan praktik kedokteran atau pelayanan kesehatan.

## C. Landasan Sosiologi

### 1. Perubahan sistem pelayanan kesehatan dengan adanya implementasi JKN

Kondisi yang terjadi **sebelum** era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2014 adalah terbentuknya komersialisasi pelayanan kesehatan dengan dominan pelayanan *fee for service*. Hal ini

menyebabkan sistem pelayanan berorientasi spesialis. JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diatur berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Hampir 10 tahun waktu yang diperlukan untuk mempersiapkan, pada tanggal 1 Januari 2014, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai diselenggarakan secara nasional dengan resmi dan bertahap. JKN merupakan salah satu bentuk implementasi SJSN yang merupakan suatu sistem dengan tujuan luhur agar semua masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata dan tidak diskriminatif. Dengan penerapan sistem JKN, sistem pelayanan kesehatan nasional diharuskan untuk berorientasi pada pelayanan primer.

Berdasarkan SKN, sekitar 80% masalah kesehatan seharusnya dapat diselesaikan pada pelayanan kesehatan primer, sehingga kebutuhan spesialisasi yang terutama berada di pelayanan kesehatan sekunder hanyalah untuk menyelesaikan sekitar 20% masalah kesehatan di masyarakat. Dalam sistem JKN, dokter yang bekerja di fasilitas kesehatan tingkat pertama ditempatkan sebagai garda terdepan untuk menyelesaikan sebagian besar masalah kesehatan perseorangan atau sebagai *gatekeeper*, sedangkan dokter spesialis ditempatkan untuk mengatasi masalah yang tidak bisa diselesaikan oleh dokter di pelayanan primer dan dilakukan di pelayanan sekunder hingga tertier.

Kebutuhan sebagai *gatekeeper* ini mengharuskan kita untuk meninjau kembali sistem pelayanan kesehatan primer. Dalam suatu sistem, terdapat komponen input dan proses yang dipengaruhi pula oleh lingkungan, sehingga dapat menghasilkan luaran. Untuk implementasi suatu sistem, dipertimbangkan antara kebutuhan (*demand*) dan ketersediaan (*supply*) dalam menyusun rencana untuk dapat mencapai target sasaran yang diharapkan, yaitu kondisi ideal dari suatu sistem. Dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia yang memiliki jumlah penduduk sekitar 261 juta jiwa pada tahun 2017, membutuhkan fasilitas pelayanan kesehatan yang banyak dengan kualitas yang bermutu. Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat Indonesia, maka input yang dibutuhkan sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan setidaknya terdiri atas infrastruktur bangunan dan fasilitas yang disediakan, penyediaan sumberdaya, pembiayaan dan tata kelola atau manajemen beserta regulatornya.

Menurut peta perjalanan Jaminan Kesehatan Nasional, 121,6 juta (DJSN, 2013) masyarakat Indonesia akan terlayani dan menjadi peserta JKN pada 1 Januari 2014, ketika BPJS (Badan Pelaksana Jaminan Sosial) Kesehatan pertama kali beroperasi. Sejak JKN terlaksana, pemerintah telah melayani 143 juta jiwa pada Mei 2015

(Moeloek, 2015) untuk mencapai *universal health coverage* di tahun 2019.

Berdasarkan pernyataan Menteri Kesehatan Indonesia pada pleno sidang *World Health Assembly* (WHA) di kantor PBB Jenewa Swiss tanggal 19 Mei 2015, pemerintah dalam skema JKN, berupaya melakukan transformasi dan reformasi pelayanan kesehatan primer untuk mencapai Indonesia Sehat pada tahun 2019. Selain itu, pemerintah juga mencoba membuat sistem rujukan yang efektif, layanan kesehatan yang kuat di rumah sakit dan penelitian visioner untuk ilmu kedokteran. Namun hingga kini, transformasi dan reformasi pelayanan kesehatan primer belum nampak berjalan

Pemanfaatan JKN-KIS			
	2014	2015	2016
Kunjungan di FKTP (Puskesmas/Dokter Praktik Perorangan/Klinik Pratama)	66,8 Juta	100,6 Juta	120,9 Juta
Kunjungan di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit	21,3 Juta	39,8 Juta	49,3 Juta
Kasus Rawat Inap Rumah Sakit	4,2 Juta	6,3 Juta	7,6 Juta
<b>TOTAL PEMANFAATAN</b>	<b>92,3 Juta</b>	<b>146,7 Juta</b>	<b>177,8 Juta*</b>

\*Bila ditambah angka rujukan sebesar 15,1 Juta maka total pemanfaatan JKN-KIS adalah 192,9 Juta

dengan baik.

Bentuk pelaksanaan program JKN yang fungsi pelayanan kesehatannya dikelola di bawah Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah, dengan fungsi pembiayaannya dikelola BPJS belum tersinkronisasi dengan baik. Orientasi kendali biaya oleh BPJS belum diikuti dengan kendali mutu oleh Kementerian Kesehatan, sehingga pada pelaksanaannya mutu pelayanan menurun karena pelaksana pelayanan kesehatan dan masyarakat menjadi korban dari ketidaksiapan sistem pelayanan kesehatan dalam menjalankan JKN. Hingga saat ini, peraturan yang ada tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Jika kembali kepada peraturan yang ada, memang disayangkan karena sistem kesehatan nasional hanya diatur melalui Peraturan Presiden, bukan melalui Undang-undang. Hal ini yang membuat sistem pelayanan kesehatan kita menjadi tidak nyaman bagi *stakeholders* terkait, termasuk bagi dokter.

Laporan tahunan WHO: *Primary Health Care: Now More Than Ever*, pada tahun 2008, menyatakan secara lugas bahwa negara dengan layanan kesehatan primer yang kuat dan mumpuni mampu menciptakan sistem layanan kesehatan yang tidak hanya bermutu, namun juga hemat dalam pembiayaannya. Pemerintah Indonesia, sebagaimana tercermin dalam Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), telah sadar



sepenuhnya dengan peran sistem pelayanan primer yang vital dalam memenuhi hajat sehat masyarakat luas.

Untuk melayani semua pesertanya, JKN menguatkan sistem pelayanan berjenjang, yang terdiri dari pelayanan primer, pelayanan sekunder pada dokter spesialis, dan pelayanan tersier pada dokter subspecialis. JKN mengedepankan sistem pelayanan primer yang diharapkan mampu menjadi ujung tombak penyelenggaraan, menyelesaikan 80% permasalahan, mengupayakan upaya promotif-preventif, dan sekaligus mencegah kebocoran anggaran.

#### **a. Perubahan fokus pelayanan kesehatan pada kesehatan global dan kesehatan pencegahan**

Pendidikan kedokteran dasar atau *undergraduate medical program* atau *basic medical education* di berbagai negara telah menambahkan konten kesehatan global dan kesehatan pencegahan dalam kurikulum pendidikannya. Dengan adanya perubahan pola penyakit dan semakin tingginya mobilisasi masyarakat dunia telah terjadi perubahan yang cukup signifikan dalam penyebab kematian dan kesakitan di Indonesia.

Pada tahun 1990, penyakit menular (ISPA, tuberkulosis dan diare) merupakan penyebab kematian dan kesakitan terbesar di Indonesia. Mulai tahun 2010, terjadi perubahan beban penyakit menjadi penyakit tidak menular selain tuberkulosis dan diare sebagai penyebab kematian dan kesakitan. Pada tahun 2015, lima peringkat teratas penyebab kematian dan kesakitan terbesar adalah stroke, kecelakaan lalu lintas, jantung iskemik, kanker dan diabetes mellitus, yang termasuk dalam kelompok penyakit tidak menular.

Perubahan beban penyakit di masyarakat ini juga perlu diikuti dengan perubahan sasaran pembelajaran utama bagi mahasiswa pendidikan kedokteran, terutama untuk melakukan tatalaksana penyakit yang paling sering terjadi di masyarakat.

#### **b. Implementasi Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA)**

Sejak mulai diberlakukannya MEA di tahun 2018, setiap tenaga kerja di negara-negara ASEAN dapat saling mencari pekerjaan di negara-negara ASEAN, termasuk bagi profesi dokter. Untuk dokter, AJCCM merupakan tim yang menyiapkan negara-negara ASEAN untuk menghadapi mobilisasi dokter di ASEAN. Mulai tanggal 1 Januari 2018, telah disepakati untuk dokter spesialis di ASEAN dapat berpraktik di Indonesia dengan lisensi terbatas untuk 1 tahun.

### c. Revolusi industry ke-4

Perkembangan keilmuan yang pesat, penemuan berbagai teknologi baru, baik itu teknologi informasi maupun biomedik, memerlukan dokter untuk sejak awal dan secara periodik dapat mengikuti perubahan tersebut. Selain itu, dokter yang berpraktik di wilayah Indonesia yang berbeda, dengan keragaman sosio budaya dan geografis, akan memiliki kebutuhan pengembangan ilmu, teknologi dan keterampilan yang berbeda pula. Untuk itu, dokter sebagai agen perubahan dan agen pembangunan perlu dapat mengikuti kemajuan dan perkembangan teknologi pengetahuan dan informasi dengan cepat dan tanggap.

Berdasarkan perubahan-perubahan yang terjadi dalam masa globalisasi saat ini, maka perlu berbagai pertimbangan yang dapat mengembalikan dokter ke arah tenaga strategis nasional bidang Kesehatan.

Landasan sosiologis berangkat dari kondisi faktual yang terjadi sehari-hari atau dalam praktik keseharian terhadap dunia kedokteran dan pendidikan kedokteran, sekaligus memproyeksikan praktik yang dapat diduga akan terjadi bilamana peraturan perundang-undangan tersebut dijalankan. Dengan memandang beberapa ketentuan yang terdapat dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, secara sosiologis terdapat persoalan terkait dengan:

#### a) Ketentuan mengenai dokter layanan primer.

Persoalan yang timbul dari ketentuan dokter layanan primer secara sosiologis antara lain adalah:

- (a) Istilah layanan primer (*primary care*) merupakan istilah yang menyatakan wilayah pelayanan, tidak ada satu pun yang menyebutkan *primary care* sebagai profesi khusus dengan gelar akademik yang berpraktik di layanan primer.
- (b) Dalam dunia profesi dokter secara internasional, istilah setara spesialis dokter layanan primer tidak dikenal sebagai gelar, melainkan yang dikenal sebagai dokter layanan primer adalah komunitas dokter dalam pelayanan primer yang meliputi dokter umum, dokter keluarga, dokter spesialis generalis yang berpraktik di layanan primer seperti dokter anak, dokter penyakit dalam, dokter psikiatri dokter geriaatri, dan dokter kebidanan.
- (c) Praktik profesi baru 'dokter layanan primer' akan menyebabkan benturan dalam praktik pelayanan dokter primer yang selama ini dilakukan oleh dokter-dokter lain dalam pelayanan primer, salah satunya adalah tumpang tindih kompetensi dengan

profesi dokter dan dokter keluarga yang berpotensi konflik horizontal di pelayanan kesehatan tingkat primer dalam memberikan pelayanan jaminan kesehatan nasional (JKN). kewenangan dokter umum untuk memberikan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

- (d) Dapat berpotensi menyebabkan kriminalisasi terhadap dokter umum yang menangani pasien JKN, dan BPJS rentan terhadap tuntutan akibat bekerja sama dengan dokter umum untuk penyelenggaraan layanan JKN.
- (e) Kompetensi lulusan Fakultas Kedokteran harus telah memenuhi kompetensi 144 penyakit dengan level kompetensi 4A sesuai SKDI 2012, sehingga yang diperlukan adalah peningkatan penguasaan kompetensi sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan keilmuan.
- (f) Penyelenggaraan program pendidikan dokter layanan primer belum mendapatkan pengesahan standar pendidikan profesi oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan kurikulumnya disusun oleh kolegium yang terbentuk tidak sesuai kaidah pembentukan kolegium di belum diakui organisasi profesi sebagaimana ketentuan Undang-Undang Praktik Kedokteran Pasal 7 ayat (1) huruf (a), Pasal 7 ayat (2), pasal 26 dan pasal 27. Hal ini menimbulkan kerugian bagi masa depan lulusan program pendidikan dokter layanan primer karena tidak ada kepastian kedudukan gelar profesi yang diakui secara nasional maupun berdasarkan standar internasional.
- (g) Kebutuhan masyarakat sebenarnya adalah penguatan kompetensi dokter di wilayahnya untuk menghadapi permasalahan kesehatan spesifik berdasarkan kondisi wilayah. Untuk itu, penguatan yang dibutuhkan terutama diberikan kepada dokter yang berpraktik di fasilitas kesehatan tingkat pertama melalui Pengembangan Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (P2KB) yang ditanggung oleh pemerintah sebagai bagian dari bentuk mempertahankan mutu pelayanan kesehatan.

**b) Ketentuan mengenai uji kompetensi dan internsip**

Untuk ketentuan uji kompetensi yang terdapat dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran sebagai dasar Uji Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter (UKMPPD) memiliki beberapa permasalahan sosial bagi mahasiswa peserta UKMPPD maupun bagi masyarakat. Ketetapan uji kompetensi ini menimbulkan masalah terutama bagi peserta yang tidak lulus dan harus mengikuti uji kompetensi ulang (*retaker*). Jumlah *retaker* yang berkisar 8% dari total mahasiswa yang

baru mengikuti uji kompetensi ini terus mengalami akumulasi pada tahap UKMPPD selanjut, sehingga pada akhir tahun 2017, ketidakkulusan mencapai 27% dari total peserta ujian. Permasalahan sosial dari kondisi ini adalah tidak diberikannya gelar dokter setelah mahasiswa dinyatakan lulus menyelesaikan pendidikan program profesi dari Fakultas Kedokterannya. Jika melewati maksimal masa pendidikan program profesi dan ternyata mahasiswa tersebut masih belum lulus UKMPPD, nasib mahasiswa tersebut dari sosialisasi terakhir Kemristek Dikti pada tanggal 12 Februari 2018, maka mereka harus melakukan re-schooling yaitu mengulang kembali proses pendidikan profesi yang telah dinyatakan lulus oleh institusinya. Untuk itu, pelaksanaan UKMPPD perlu dikaji kembali secara fakta akademik sehingga secara sosiologis dapat diterima bagi semua pemangku kepentingan.

Ketentuan internsip pun tidak jauh berbeda dengan UKMPPD. Secara sosiologis, implementasi internsip dirasakan masih lemah baik dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan maupun hasil evaluasi kegiatannya. Kendala sosiologis terutama pada jaminan dokter internsip dalam melaksanakan tugas selama program internsipnya. Dalam perubahan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran ini perlu ditegaskan terutama mengenai penanggung jawab program internsip dan koordinasi serta kerja sama antara panitia pusat dengan pemerintah daerah tempat program internsip dilaksanakan sebagai dasar jaminan keselamatan baik dokter internsip, maupun masyarakat yang dilayaninya.

#### **D. Landasan Yuridis**

Pertimbangan atau alasan perlunya perubahan atas Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran adalah perlunya dilakukan penyempurnaan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran untuk memberikan ketegasan dan kejelasan ketentuan materi muatan serta mengakomodasi perkembangan atau kebutuhan sesuai dengan perkembangan masyarakat secara nasional dan global untuk dapat menjawab peran negara terhadap kesehatan dan pendidikan sesuai dengan Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 aleinia keempat menyebutkan bahwa “Kemudian daripada itu, untuk membentuk suatu Pemerintahan Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia

itu dalam suatu Undang-undang Dasar Negara Indonesia, yang terbentuk dalam suatu susunan Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasar kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia, dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/Perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”.

Secara implisit, Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 mengamanatkan pada pemerintah negara Indonesia untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum dengan adanya jaminan negara kepada rakyatnya untuk memperoleh kesehatan dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan menjamin rakyatnya untuk mendapatkan pendidikan yang layak.

Demikian juga pada pasal-pasal Undang-Undang Dasar 1945 yang relevan, yaitu pada pasal 28 H ayat (1), (2), dan (3), Pasal 31 ayat (1), dan pasal 34 ayat (3) mengenai hak rakyat memperoleh kesehatan dalam bentuk pelayanan kesehatan yang berkualitas, hak rakyat terhadap mendapatkan kesempatan dan manfaat yang sama, hak rakyat atas jaminan sosial, dan hak rakyat terhadap pendidikan, serta terakhir adalah pernyataan bahwa negara yang bertanggungjawab menyiapkan segala fasilitas bagi kebutuhan rakyatnya.

Pada tahun 2003, telah diterbitkannya Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional menyebutkan terdapat 3 jalur pendidikan tinggi, yaitu jalur akademik, jalur profesi. dan jalur vokasi. Jalur akademik terdiri atas jenjang sarjana, magister dan doktor, sedangkan pada jalur profesi hanya disebutkan jenjang profesi dan jenjang spesialis. Undang-Undang tersebut belum jelas menggambarkan hubungan antar jenjang. Pendidikan profesi dan pendidikan dokter spesialis seharusnya setara dengan pendidikan pascasarjana program magister dan program doktoral. Dasar pemikiran ini karena pendidikan profesi merupakan pendidikan tinggi setelah program sarjana yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan persyaratan khusus, sedangkan bagi pendidikan dokter spesialis yang masih diselenggarakan saat ini dilaksanakan setelah program profesi dokter.

Berbagai pasal dalam Undang Undang Nomor 20 Tahun 2003 mengamanatkan dibuatnya berbagai peraturan pemerintah untuk menjabarkan lebih teknis Undang Undang tersebut. Namun, sampai saat ini hanya ada 1 Peraturan Pemerintah dari Undang-Undang ini, yaitu Peraturan Pemerintah 17 tahun 2010 yang kemudian diperbaiki menjadi PP 66 Tahun 2010. Oleh karena itu, pada tahun 2011, Konsil Kedokteran Indonesia membuat Naskah Akademik untuk pengajuan

terbitnya peraturan pemerintah tentang pendidikan kedokteran. Tujuan dari pengajuan penyusunan Peraturan Pemerintah tentang Pendidikan Kedokteran adalah untuk menjelaskan jenjang, gelar, dan beban studi pendidikan kedokteran sesuai yang diamanatkan pasal-pasal yang tercantum pada Undang Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Hal ini diwujudkan karena pendidikan kedokteran memiliki kekhasan yang berbeda dengan pendidikan tinggi lainnya karena pendidikan profesi dokter merupakan pendidikan akademik dan profesi yang memerlukan waktu panjang dan belum ada penjelasan yang rinci tentang kesetaraan antara jenjang jalur akademik dan jenjang jalur profesi. Selain itu, pendidikannya tidak terpisahkan antara tahap akademik dan profesi, pendidikan kedokteran harus melibatkan Rumah Sakit atau wahana pendidikan kedokteran lainnya dalam pelaksanaan pendidikannya.

Dalam proses perjalanannya yang belum diketahui pasti, Naskah Akademik ini dinaikkan posisinya menjadi Undang-Undang Pendidikan Kedokteran. Pada tahun 2013, telah disahkan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran secara eksklusif. Setelah disahkannya Undang-Undang Pendidikan Kedokteran ini, ternyata menimbulkan berbagai masalah baru. Permasalahan utama dari Undang-Undang ini adalah tumpang tindih atau bersilangannya Undang-Undang ini dengan peraturan lain yang telah ada sebelumnya atau yang disahkan kemudian. Istilah profesi baru, yaitu dokter layanan primer sebagai suatu jenjang tersendiri bagi profesi dokter yang ada pada Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, Pasal 8 yang tidak terdapat pada Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Selain itu, landasan yuridis yang penting menjadi pertimbangan adalah adanya harmonisasi peraturan dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran dengan perundang-undangan lain terkait bidang kesehatan dan pendidikan. Adapun peraturan perundang-undangan terkait setidaknya terdiri dari 2 Undang-Undang, yaitu:

1. Undang-Undang Nomor 2009 Tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Pendidikan Tinggi.

Dengan berlakunya Undang Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional maka jalur, jenjang, dan jenis pendidikan telah ditentukan dengan jelas. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi merupakan ketentuan umum bagi pendidikan tinggi, namun belum dapat mengakomodir secara komprehensif mengenai pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi, sehingga Naskah Akademik ini diajukan sebagai acuan Rancangan Undang-Undang untuk mengatur tersendiri sesuai kebutuhan dan

perkembangan pendidikan dan ilmu kedokteran dan kedokteran gigi serta tetap menyelaraskan dengan hukum positif yang berlaku.

**Legal Standing Organisasi Profesi**

Ikatan Dokter Indonesia adalah satu-satunya organisasi profesi kedokteran, Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) adalah satu-satunya organisasi profesi kedokteran gigi Indonesia. Kedudukan hukum (*Legal standing*) IDI dan PDGI diakui oleh 2 (dua) Undang-Undang yaitu:

1. Undang-Undang Pendidikan Tinggi, Pasal 1 ayat (20)

Organisasi Profesi adalah organisasi yang memiliki kompetensi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi yang diakui oleh Pemerintah

2. Undang-Undang Praktik Kedokteran, Pasal 1 ayat (12)

Organisasi profesi adalah Ikatan Dokter Indonesia untuk dokter dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia untuk dokter gigi.

Mahkamah Konstitusi dalam putusan Nomor 88/PUU-XII/2015 menyatakan dengan hanya satu wadah organisasi profesi untuk satu jenis tenaga kesehatan, akan lebih mudah pemerintah untuk melaksanakan pengawasan terhadap profesi tersebut.

Undang-Undang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa jenis profesi dokter adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis.

Undang-undang	Bunyi Pasal
Undang-Undang Praktik Kedokteran	<p>Pasal 1 ayat (2)</p> <p>Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.</p>

1. Undang-Undang Praktik Kedokteran, Pasal 51 mengatur kewenangan melakukan rujukan adalah dokter atau dokter gigi.

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:

- b. merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
2. Standar Pendidikan, Kurikulum, Gelar dan Sertifikat Profesi telah diatur dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran dan Undang-Undang Pendidikan Tinggi
- a. Dalam Undang-Undang Pendidikan Tinggi, pasal 26 ayat (6) pemberian gelar pendidikan profesi melibatkan lembaga profesi, dalam hal ini sesuai dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran, pasal 1 ayat (12) adalah Ikatan Dokter Indonesia (IDI) sebagai wadah tunggal organisasi profesi dokter.
  - b. Sertifikasi profesi dan kompetensi diatur dalam Undang-Undang Pendidikan Tinggi, pasal 43, yaitu:
    - (1) Sertifikat profesi merupakan pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan pendidikan profesi yang diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi, dan/atau badan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
    - (2) Sertifikat profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterbitkan oleh perguruan Tinggi bersama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab terhadap mutu layanan profesi, dan/atau badan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pengaturan dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran, pasal 7 mengenai standar pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi, dan kurikulum, termasuk di dalamnya peran Konsil Kedokteran Indonesia dan Kolegium kedokteran. Dalam pasal tersebut menjelaskan bahwa:

- (1) Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai tugas:
  - a. mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi; dan
- (2) Standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi yang disahkan Konsil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b ditetapkan bersama oleh Konsil Kedokteran Indonesia dengan kolegium kedokteran, kolegium kedokteran gigi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran, asosiasi institusi pendidikan kedokteran gigi, dan asosiasi rumah sakit pendidikan.



#### Pasal 8:

Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 Konsil Kedokteran Indonesia mempunyai wewenang:

- e. mengesahkan penerapan cabang ilmu kedokteran dan kedokteran gigi;

#### Pasal 26

- (1) Standar pendidikan profesi kedokteran dan standar pendidikan profesi kedokteran gigi disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.
- (2) Standar pendidikan profesi kedokteran dan standar pendidikan profesi kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1)
  - a. untuk pendidikan profesi dokter atau dokter gigi disusun oleh asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi; dan
  - b. untuk pendidikan profesi dokter spesialis atau dokter gigi spesialis disusun oleh kolegium kedokteran atau kedokteran gigi.
- (3) Asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi dalam menyusun standar pendidikan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a berkoordinasi dengan organisasi profesi, kolegium, asosiasi rumah sakit pendidikan, Kementerian Pendidikan Nasional, dan Kementerian Kesehatan.
- (4) Kolegium kedokteran atau kedokteran gigi dalam menyusun standar pendidikan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi, asosiasi rumah sakit pendidikan, Kementerian Pendidikan Nasional, dan Kementerian Kesehatan.

Pengaturan dalam Undang-Undang Pendidikan Tinggi bahwa kurikulum pendidikan profesi dirumuskan bersama kementerian, kementerian lain dan organisasi profesi sebagaimana pasal 36 Undang-Undang Pendidikan Tinggi, sebagai berikut:

Kurikulum pendidikan profesi dirumuskan bersama Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi dengan mengacu pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

5. Mengenai program pendidikan kedokteran berkelanjutan, diatur menurut Undang-Undang Praktik Kedokteran, yaitu:

#### Pasal 27

Pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi, untuk memberikan kompetensi kepada dokter atau dokter gigi, dilaksanakan

sesuai dengan standar pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi.

#### Pasal 28

- (1) Setiap dokter atau dokter gigi yang berpraktik wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi dan lembaga lain yang diakreditasi oleh organisasi profesi dalam rangka penyerapan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kedokteran gigi.
- (2) Pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh organisasi profesi kedokteran atau kedokteran gigi.

Demikian berbagai landasan yuridis bagi rancangan perubahan atas Undang-Undang Pendidikan Kedokteran. Landasan ini akan menjadi rujukan bagi pembentukan dan penyempurnaan ketentuan dalam rancangan undang-undang.

**BAB V**  
**JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI**  
**MUATAN UNDANG-UNDANG**

**A. Ketentuan umum memuat rumusan akademik mengenai pengertian istilah, dan frasa**

1. Pendidikan Kedokteran adalah usaha sadar dan terencana yang terdiri atas program akademik dan program profesi pada jenjang pendidikan tinggi yang program studinya terakreditasi untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi di bidang kedokteran atau kedokteran gigi.
2. Program Akademik adalah Pendidikan Kedokteran pada jenjang pendidikan sarjana dan pascasarjana yang diarahkan terutama pada penguasaan dan pengembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi serta penguasaan kompetensi lulusan di bidang kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan dalam bentuk pendidikan akademik.
3. Program Profesi adalah Pendidikan Kedokteran pada jenjang pendidikan dokter atau dokter gigi, dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang dilaksanakan untuk penguasaan dan pengembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi, serta penguasaan kompetensi dokter atau dokter gigi, dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang dilaksanakan dalam bentuk pendidikan akademik dan pendidikan profesi sebagai satu kesatuan.
4. Fakultas Kedokteran adalah himpunan sumber daya pendukung perguruan tinggi yang menyelenggarakan dan mengelola pendidikan kedokteran.
5. Fakultas Kedokteran Gigi adalah himpunan sumber daya pendukung perguruan tinggi yang menyelenggarakan dan mengelola pendidikan kedokteran gigi.
6. Mahasiswa Pendidikan Kedokteran yang selanjutnya disebut Mahasiswa adalah peserta didik yang mengikuti Pendidikan Kedokteran.
7. Sarjana Kedokteran adalah lulusan Program Akademik pada program sarjana di bidang kedokteran baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah.
8. Sarjana Kedokteran Gigi adalah lulusan Program Akademik pada program sarjana di bidang kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah.
9. Dokter adalah lulusan Program Profesi pada program studi pendidikan dokter baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

10. Dokter Spesialis adalah lulusan Program Profesi pada program studi pendidikan dokter spesialis, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
11. Dokter Gigi adalah lulusan Program Profesi pada program studi pendidikan dokter gigi baik di dalam maupun di luar negeri, yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
12. Dokter Gigi Spesialis adalah lulusan Program Profesi pada program studi pendidikan dokter gigi spesialis baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
13. Dosen Pendidikan Kedokteran yang selanjutnya disebut Dosen adalah pendidik profesional dan ilmuwan dengan tugas utama mentransformasikan, mengembangkan, dan menyebarkan ilmu pengetahuan dan teknologi, humaniora kesehatan, dan/atau keterampilan klinis melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.
14. Tenaga Kependidikan Pendidikan Kedokteran yang selanjutnya disebut Tenaga Kependidikan adalah seseorang yang berdasarkan pendidikan dan/atau keahliannya mengabdikan diri untuk menunjang penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran.
15. Standar Nasional Pendidikan Kedokteran adalah bagian dari standar nasional pendidikan tinggi yang merupakan kriteria minimal dan harus dipenuhi dalam penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran.
16. Standar Pendidikan Profesi Kedokteran adalah pedoman penyelenggaraan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi yang disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia dan disusun oleh asosiasi institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi dan kolegium kedokteran atau kedokteran gigi berkoordinasi dengan Organisasi Profesi, kolegium dan asosiasi rumah sakit pendidikan, kementerian pendidikan dan kementerian kesehatan.
17. Standar Kompetensi Kedokteran adalah kriteria minimal tentang kualifikasi kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan yang dinyatakan dalam rumusan capaian pembelajaran lulusan yang disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.
18. Kurikulum Pendidikan Kedokteran yang selanjutnya disebut Kurikulum adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai capaian pembelajaran, isi, bahan ajar, metode, dan evaluasi yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran.
19. Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran dan/atau Fakultas Kedokteran Gigi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang Pendidikan Kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

20. Wahana Pendidikan Kedokteran adalah fasilitas selain Rumah Sakit Pendidikan yang digunakan sebagai tempat penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran.
21. Organisasi Profesi adalah Ikatan Dokter Indonesia untuk Dokter dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia untuk Dokter Gigi.
22. Konsil Kedokteran Indonesia adalah suatu badan otonom, mandiri, nonstruktural, dan bersifat independen, yang terdiri atas konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi.
23. Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran adalah Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI) untuk Fakultas Kedokteran dan Asosiasi Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia (AFDOKGI) untuk Fakultas Kedokteran Gigi.
24. Kolegium Kedokteran Indonesia adalah badan yang dibentuk oleh Organisasi Profesi kedokteran untuk masing-masing cabang disiplin ilmu yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut.
25. Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia adalah badan yang dibentuk oleh Organisasi Profesi kedokteran gigi untuk masing-masing cabang disiplin ilmu yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut.
26. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
27. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
28. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi.

B. Penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran berasaskan:

- a. kebenaran ilmiah;
- b. tanggung jawab;
- c. manfaat;
- d. kemanusiaan;
- e. keseimbangan;
- f. kesetaraan;
- g. relevansi;
- h. afirmasi;
- i. etika profesi;
- j. transparansi; dan
- k. akuntabilitas.

C. Pendidikan Kedokteran bertujuan:

1. menghasilkan Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa,

berakhlak mulia, memiliki jiwa nasionalisme, dan menjadi warga yang demokratis serta bertanggung jawab.

2. membentuk Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis yang kompeten, profesional, beretika, berintegritas, berbakti, menghormati kehidupan insani, dan berorientasi pada keselamatan pasien.
3. memenuhi kebutuhan Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi Spesialis di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia secara berkeadilan dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
4. menghasilkan sumber daya manusia di bidang kedokteran dan kedokteran gigi untuk memenuhi pembangunan kesehatan di Indonesia dalam kerangka sistem kesehatan nasional sebagai pondasi sistem ketahanan nasional.
5. meningkatkan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kedokteran dan kedokteran gigi dan mampu menerapkan perkembangan kemajuan teknologi kedokteran serta bio-teknologi, kecerdasan buatan, dan gabungan keduanya.

#### D. Penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran

1. Pendidikan Kedokteran diselenggarakan oleh perguruan tinggi.
2. Perguruan tinggi dalam menyelenggarakan Pendidikan Kedokteran bekerja sama dengan Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan Kedokteran serta berkoordinasi dengan Organisasi Profesi.
3. Penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran dibina oleh Menteri berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, Konsil Kedokteran Indonesia dan Organisasi Profesi.

#### E. Kerja sama Fakultas Kedokteran Dan Fakultas Kedokteran Gigi dengan Rumah Sakit.

Fakultas Kedokteran dan/atau Fakultas Kedokteran Gigi dapat membangun dan memiliki rumah sakit atau rumah sakit gigi dan mulut sebagai tempat penyelenggaraan Program Profesi Dokter, Program Profesi Dokter Gigi, Program Profesi Dokter Spesialis, dan/atau Program Profesi Dokter Gigi Spesialis sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

#### F. Tenaga pendidikan

1. Penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran dibantu oleh Tenaga Kependidikan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
2. Tenaga Kependidikan dapat berasal dari pegawai negeri dan/atau nonpegawai negeri.

3. Tenaga Kependidikan nonpegawai negeri diangkat dan diberhentikan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

#### G. Standar

Penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran dilaksanakan berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Kedokteran, Standar Kompetensi Kedokteran, dan Standar Pendidikan Profesi Kedokteran.

#### H. Kuota

1. Program studi pendidikan Dokter dan program studi pendidikan Dokter Gigi hanya dapat menerima Mahasiswa sesuai dengan kuota nasional.
2. Kuota nasional diputuskan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, Organisasi Profesi, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran, dan kolegium dokter Indonesia.
3. Ketentuan mengenai kuota nasional diatur dengan Peraturan Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

#### I. Ijazah dan Sumpah Dokter

1. Lulusan program studi pendidikan Dokter dan Dokter Gigi berhak memperoleh ijazah dari perguruan tinggi setelah menyelesaikan kurikulum dan memenuhi syarat kelulusan.
2. Lulusan program studi pendidikan Dokter yang telah memperoleh ijazah Dokter wajib mengangkat sumpah Dokter sebagai pertanggungjawaban moral kepada Tuhan Yang Maha Esa dalam melaksanakan tugas keprofesiannya sebelum menjalankan program internsip.
3. Lulusan program studi pendidikan Dokter Gigi yang telah memperoleh ijazah Dokter Gigi wajib mengangkat sumpah Dokter Gigi sebagai pertanggungjawaban moral kepada Tuhan Yang Maha Esa dalam melaksanakan tugas keprofesiannya.
4. Sumpah sebagai Dokter atau Dokter Gigi didasarkan pada etika profesi kedokteran yang disumpah oleh institusi Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi dengan disaksikan oleh Organisasi Profesi.

#### J. Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Dan Dokter Gigi Spesialis

1. Pendidikan Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis ditempuh melalui program studi pendidikan Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis.
2. Program studi pendidikan Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis hanya dapat diselenggarakan pada institusi Pendidikan Kedokteran dengan akreditasi tertinggi.
3. Pendidikan Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis adalah pendidikan akademik dan pendidikan profesi sebagai satu kesatuan yang setara dengan pendidikan akademik setingkat doktor.

4. Pendidikan Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis diselenggarakan di rumah sakit pendidikan oleh Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran Gigi bekerja sama dengan kolegium kedokteran, asosiasi rumah sakit pendidikan dan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
5. Fakultas Kedokteran Dan Fakultas Kedokteran Gigi menetapkan syarat kelulusan dari Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis.

#### K. Seleksi

Tata cara mengenai seleksi mahasiswa program studi pendidikan Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis mengikuti tata cara seleksi yang tercantum dalam standar pendidikan Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis.

#### L. Sertifikat Kompetensi

1. Lulusan pendidikan Dokter Spesialis atau pendidikan Dokter Gigi Spesialis harus lulus uji kompetensi yang dilaksanakan oleh Kolegium Kedokteran Indonesia atau Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kedokteran Gigi
2. Lulusan pendidikan Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis yang lulus uji kompetensi berhak mendapatkan sertifikat kompetensi yang dikeluarkan oleh Kolegium Kedokteran Indonesia atau Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia.
3. Ketentuan lebih lanjut mengenai uji kompetensi Dokter Spesialis atau Dokter Gigi Spesialis diatur oleh Kolegium Kedokteran Indonesia atau Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia.

#### M. Program Pengembangan Pendidikan Profesi Berkelanjutan

1. Setiap Dokter dan Dokter Gigi yang berpraktek wajib mengikuti pengembangan pendidikan profesi berkelanjutan dalam rangka penyerapan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kedokteran gigi untuk menjaga mutu kompetensi keilmuannya dalam memberikan layanan praktik kedokteran atau kedokteran gigi yang bermutu dan terkini.
2. Pengembangan pendidikan profesi berkelanjutan diselenggarakan secara sistematis, akuntabel, fleksibel, dan berbasis hasil penilaian kebutuhan.
3. Penyelenggaraan program pengembangan pendidikan profesi berkelanjutan dilaksanakan oleh Organisasi Profesi dan/atau lembaga lain yang telah diakreditasi oleh Organisasi Profesi bekerja sama dengan Kolegium Kedokteran Indonesia atau Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia serta berkoordinasi dengan badan pendidikan dan pelatihan kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan dari Organisasi Profesi.



4. Ketentuan mengenai program pengembangan pendidikan profesi berkelanjutan diatur oleh Organisasi Profesi.

#### N. Dukungan Pemerintah Dan Pemerintah Daerah

Pemerintah memberikan dukungan penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran dalam bentuk antara lain sumber daya manusia, infrastruktur dan suprastruktur.

#### O. Penjaminan Mutu

1. Penyelenggara Pendidikan Kedokteran wajib mengembangkan sistem penjaminan mutu Pendidikan Kedokteran yang dilaksanakan secara internal dan eksternal.
2. Ketentuan mengenai sistem penjaminan mutu Pendidikan Kedokteran diatur dalam Peraturan Menteri.

### **B. Materi yang akan diatur**

#### **Pendirian FK dan FKG**

- a. Pembukaan dan penutupan FK/FKG dasarnya adalah pemenuhan *basic standards*/kriteria minimal. Perlu ada rumusan '*basic standards*' untuk berlangsungnya suatu program studi pendidikan dokter dan dokter gigi.
- b. Jumlah FK/FKG di Indonesia harus diregulasi sesuai dengan kebutuhan dokter di masa depan di berbagai wilayah tanah air
- c. Pendirian FK/FKG hanya diperbolehkan atas terpenuhinya persyaratan sarana prasarana pendidikan, sarana dan prasarana khusus kedokteran, jumlah dosen, dan tersedianya wahana pendidikan. Proses penilaian dapat menggunakan prosedur akreditasi dan instrumen akreditasi yang sdh ada, dengan modifikasi metode kualitatif (*expert judgement*) diperkuat.
- d. Penilaian pembukaan Prodi bisa dilakukan oleh Tim Independen yang terdiri dari unsur Dikti, KKI, organisasi profesi, asosiasi institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi, ARSPI, Lam PTKes, Kemkes, yang selanjutnya berdasarkan keputusan tim independen rekomendasi diberikan kepada pemerintah, sehingga Pemerintah menetapkan berdasarkan keputusan *stakeholders* terkait.
- e. Stakeholders pendirian dan penutupan FK/FKG

#### **Seleksi Calon Mahasiswa FK**

- a. Seleksi tidak cukup seleksi akademik, harus disertai mekanisme lain dalam rangka pemenuhan kebutuhan dokter di berbagai wilayah: track record, tes potensi akademik (tes kesehatan dan tes kepribadian).

- b. Kuota penerimaan mahasiswa disesuaikan dengan nilai akreditasi FK, proporsi jumlah kelulusan uji kompetensi dan kebutuhan negara akan dokter dan dokter spesialis.
- c. Sanksi bagi over kuota.
- d. *Entry exam* profesi (bagi dokter yang akan berpraktik).

### **Adaptasi**

- a. Karena beragamnya kurikulum di berbagai negara luar negeri, maka lulusan FK luar negeri harus menjalani program adaptasi di Indonesia.
- b. Adaptasi hanya bisa dilakukan terhadap institusi pendidikan kedokteran luar negeri yang diakui oleh pemerintah Indonesia.
- c. Asesmen adaptasi dilakukan oleh Kolegium terkait bekerja sama dengan wakil Institusi tempat adaptasi akan dilakukan.

### **Ijazah, Sertifikat Kompetensi, Sertifikat Profesi**

- a. Ijazah sarjana kedokteran diberikan perguruan tinggi setelah mahasiswa lulus program akademik pendidikan kedokteran
- b. Ijazah dokter diberikan perguruan tinggi setelah mahasiswa lulus program akademik lanjut dan program profesi kedokteran
- c. Sertifikat kompetensi diberikan oleh kolegium ilmu kedokteran/ kedokteran gigi sebagai tanda telah lulus uji kompetensi yang diselenggarakan kolegium terkait.

### **Organisasi Profesi dan Kolegium**

- a. Organisasi profesional adalah suatu organisasi, yang biasanya bersifat nirlaba, yang ditujukan untuk suatu profesi tertentu dan bertujuan melindungi kepentingan publik maupun profesional pada bidang tersebut. Organisasi profesional dapat memelihara atau menerapkan suatu standar pelatihan dan etika pada profesi (Wikipedia)
- b. *Body of persons engaged in the same profession, formed usually to control entry into the profession, maintain standards, and represent the profession in discussions with other bodies* (Collin's Dictionary).
- c. Di dalam satu negara, hanya ada satu organisasi profesi untuk profesi tertentu dan IDI dan PDGI sebagai satu satunya organisasi profesi untuk dokter dan dokter gigi.
- d. *Colleague is a group of people who work together.* (Cambridge Dictionary)

- e. *College is an organized group of professional people with particular aims, duties, and privileges. Origin late Middle English: from Old French, from Latin collegium 'partnership, association,' from college 'partner in office,' from col- 'together with' + legare 'depute.'* (On line dictionary)
- f. Kolegium Kedokteran Indonesia dan Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia adalah badan yang dibentuk oleh organisasi profesi untuk masing-masing cabang disiplin ilmu dan bertugas mengampu cabang disiplin ilmu tersebut.
- g. Kolegium bertugas menyusun Standard Kompetensi dan Standard Pendidikan, melakukan uji kompetensi dan menyusun program adaptasi.

## **KKI**

Peran dan fungsi Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dalam Undang-Undang Pendidikan Kedokteran perlu disesuaikan dengan amanah Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Kewenangan KKI dalam melakukan pengaturan dalam bidang pendidikan serta pembinaan keprofesian yang terkait dengan perlindungan masyarakat melalui tuntunan keprofesian (*protect the people, guiding the profession*).

## **Jumlah dan distribusi dokter**

Dalam perubahan Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, perlu dicantumkan dengan jelas tujuan pendidikan kedokteran salah satunya adalah untuk memenuhi kebutuhan dokter dan dokter gigi di seluruh wilayah Indonesia dengan memenuhi azas keadilan bagi masyarakat dan memperhatikan aspek kesejahteraan bagi dokter yang ditugaskan. Jumlah dan distribusi dokter tidak hanya untuk pemenuhan kebutuhan dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, namun juga kebutuhan dokter spesialis di seluruh wilayah Indonesia.

## **C. Ketentuan sanksi dan ketentuan peralihan**

Ketentuan sanksi dan ketentuan peralihan disesuaikan dengan pasal-pasal perubahan. Penguatan pada pasal transisi perlu dibuat untuk memberikan kesempatan bagi pihak-pihak terkait menyesuaikan dengan perubahan Undang-Undang.

Pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku, semua peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran, dinyatakan tidak berlaku.

Peraturan pelaksanaan Undang-Undang ini harus ditetapkan paling lama 2 (dua) tahun terhitung sejak Undang-Undang ini diundangkan.

Pemerintah Pusat harus melaporkan pelaksanaan Undang-Undang ini kepada Dewan Perwakilan Rakyat melalui alat kelengkapannya yang menangani urusan pemerintahan di bidang pendidikan paling lambat 3 (tiga) tahun sejak Undang-Undang ini berlaku.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Menjamin kesehatan rakyat Indonesia adalah agenda fundamental bangsa Indonesia. Kesehatan adalah standar pencapaian kemanusiaan bangsa Indonesia. Kesehatan juga adalah sistem pertahanan kedaulatan negara berbasis pertahanan semesta. Oleh karenanya maka menjamin kesehatan rakyat Indonesia adalah hajad bangsa, bukan hanya pemerintah, namun juga setiap elemen yang terlibat di dalamnya, termasuk para dokter.

Sejarah mencatat bahwa kesadaran nasional merupakan proses perjalanan kemanusiaan para pelajar/peserta didik kedokteran untuk memberikan pengobatan fisik dan akhirnya pengobatan jiwa rakyat Indonesia. Inilah jalan pengabdian kepada rakyat Indonesia dan pendidikan kedokteran Indonesia seharusnya tetap mempertahankan karakter pengabdian tersebut.

Dalam menghadapi tekanan global dan nasional yang mendorong komersialisasi yang bersamaan dengan program JKN yang memberikan hak kesehatan yang sama bagi seluruh rakyat Indonesia berjalan seiring dalam pelayanan kesehatan dan kedokteran Indonesia, hadir tekanan subjektif masing-masing pelaku terkait. Di sisi lain, nusantara sangatlah luas, anak bangsa yang memerlukan uluran tangan pelayanan kesehatan berada di daerah-daerah yang sulit dijangkau perlu ditindaklanjuti sebagai ladang pengabdian yang besar.

Maka dari itu, sudah saatnya dunia kedokteran menyusun kembali suatu kerangka besar sistem pendidikan kedokteran yang mendukung sistem kesehatan nasional secara komprehensif dan tidak parsial, dengan mempertimbangkan kondisi-kondisi internal kesehatan dari infrastruktur, sarana prasarana, tenaga kesehatan, sistem jaminan kesehatan nasional, prosedur kesehatan dan lain-lain, serta kondisi-kondisi eksternal seperti industrialisasi obat nasional, termasuk mengkapitalisasi kekayaan pengetahuan lokal pengobatan Indonesia, dan pengadaan peralatan kesehatan untuk teknologi kedokteran terkini, dibutuhkan penataan regulasi yang harmonis dan lain-lain yang menunjang terbentuknya sistem kesehatan nasional.

Sengkarut regulasi merupakan suatu persoalan pelik dalam bidang kesehatan. Paradigma hukum terbuka memberi jalan terlalu mudah untuk terbentuknya regulasi tersektoral, parsial hal mana satu sama lain saling berbeda namun dalam kedudukan hukum yang setara. Harmonisasi regulasi menjadi pekerjaan rumah yang berat.

Dari 1.599 Undang-Undang sejak tahun 1945 hingga 2016, tak terhitung lagi undang-undang sektoral yang saling bersinggungan, sulit mencari titik temu. Menyadari hal tersebut, maka Rancangan Undang-Undang tentang Pendidikan Kedokteran adalah suatu upaya penting untuk meluruskan kembali maksud paradigmatis dari pembentukan regulasi pendidikan kedokteran dan mengharmonisasi kembali berbagai pengaturan mengenai pendidikan kedokteran yang tersebar. Untuk maksud itulah diupayakan Penggantian UU Nomor 20 Tahun 2013 dengan menyusun Naskah Akademik ini. Dengan demikian, Naskah Akademik ini merupakan pokok-pokok pemikiran berdasarkan hasil kajian yang terkait dengan berbagai kebijakan dalam bidang pendidikan dan kesehatan sebagai upaya harmonisasi kembali pengaturan mengenai pendidikan kedokteran.

Untuk itu, maka diperlukan penggantian UU tentang Pendidikan Kedokteran agar selaras filosofi dasar dalam pembukaan UUD 1945, serta selaras dengan berbagai undang-undang lain yang terkait, sekaligus untuk mengantisipasi berbagai masalah dalam pelaksanaan undang-undang.

## **B. Rekomendasi**

1. Segera mengajukan RUU tentang Pendidikan Kedokteran yang disusun berdasarkan Naskah Akademik ini, khususnya berkenaan dengan batang tubuh rancangan undang-undang, perlu disosialisasikan sehingga mendapatkan tanggapan dari masyarakat luas guna menjadi lebih sempurna dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
2. Peraturan-peraturan pelaksana seperti Peraturan Pemerintah, Peraturan Menteri perlu segera dirancang secara simultan. Apabila rancangan ini telah disetujui, dalam waktu tidak lebih dari dua tahun seluruh peraturan-peraturan pelaksanaannya telah dibuat sehingga pada akhirnya dapat efektif dilaksanakan dan berguna untuk memperlancar pelaksanaan Undang-undang tentang Pendidikan Kedokteran.

## DAFTAR PUSAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ) Center for Primary Care, Prevention, and Clinical Partnerships. (2010). *Primary care workforce facts and stats no.1: The number of practicing Primary Care Physicians in the United States*. Diambil kembali dari ahrq.gov: <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/FakultasKedokteran/pcwork1/index.html>.
- ASEAN University Network. (2011). *Guidelines of ASEAN University Network-Quality Assurance*. ASEAN: ASEAN University Network.
- Australian Medical Council. (2016). *Intern training - National standards for programs*. Australia: Australian Medical Council.
- BPJS Kesehatan. (2017). *Laporan Pengelolaan Program Tahun 2016 dan Laporan Keuangan Tahun 2016 (Auditan)*. Jakarta: BPJS.
- Departemen Kesehatan RI. (1978). *Sejarah Pendidikan Kedokteran di Indonesia. Jilid I*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dirjen Pembelajaran dan Kemahasiswaan. (2018). *Refleksi Implementasi UKMPPD dan UKMPPDG 2014-2017*. Jakarta: Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi.
- Dirjen SDID. (2017). *Rencana Induk Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan*. Jakarta: Kemristekdikti.
- DJSN. (2013, Oktober 14). *Peta jalan jaminan kesehatan nasional*. Diambil kembali dari [djsn.go.id](http://www.djsn.go.id): <http://www.djsn.go.id/Peta%20Jalan%20Jaminan%20Kesehatan%20Nasional%20%202012-2019.pdf>
- Dzau, V. J., & Ackerly, D. C. (2010). The role of academic health science systems in the transformation of medicine. *Lancet*, 949-953.
- Filipe, H. P., Silva, E. D., Stulting, A. A., & Golnik, K. C. (2014). Continuing Professional Development: Best Practices. *Middle East Afr J Ophthalmol*, 134-141.
- General Medical Council. (2018, 03 05). *Continuing Professional Development: Guidance for all doctors*. Diambil kembali dari [gmc-uk.org](https://www.gmc-uk.org/education/continuing_professional_development/26729.asp): [https://www.gmc-uk.org/education/continuing\\_professional\\_development/26729.asp](https://www.gmc-uk.org/education/continuing_professional_development/26729.asp)
- Kepmenkokesra. (2013). *RPTK 2011-2015*. Jakarta: Kepmenkokesra.
- KKI. (2006). *Standar Kompetensi Dokter Indonesia*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- KKI. (2012). *Standar Kompetensi Dokter Indonesia*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.

- KKI. (2013). *Perkonsil Nomor 16 tentang Penerbitan Rekomendasi Pembukaan dan Penutupan Program Pendidikan Dokter Spesialis*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Konsil Kedokteran Indonesia. (2011). *Naskah Akademik Pendidikan Kedokteran*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Moeloek, N. (2015, Mei 19). *Publikasi berita Kementerian Kesehatan*. Diambil kembali dari [depkes.go.id: http://www.depkes.go.id/article/view/15052100005/indonesia-tekanan-pentingnya-pelayanan-kesehatan-primer-dan-jaminan-kesehatan-untuk-wujudkan-sistem.html#sthash.j5wLOnd0.dpuf](http://www.depkes.go.id/article/view/15052100005/indonesia-tekanan-pentingnya-pelayanan-kesehatan-primer-dan-jaminan-kesehatan-untuk-wujudkan-sistem.html#sthash.j5wLOnd0.dpuf)
- Nara, N., Suzuki, T., & Tohda, S. (2011). Review: The current medical education system in the world. *J Med Dent Sci*, 79-83.
- Patterson, F., Knight, A., Dowell, J., Nicholson, S., Cousans, F., & J, C. (2016). How effective are selection methods in medical education? A systematic review. *Medical Education*, 36-60.
- Peck, C., McCall, M., McLaren, B., & Rotem, T. (2000). Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*, 432-435.
- Peraturan Pemerintah Nomor 32. (1996). *Tenaga Kesehatan*. Republik Indonesia.
- Peraturan Presiden RI Nomor 8. (2012). *Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI)*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Perkonsil Nomor 12. (2013). *Penerapan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia untuk Pendidikan Kedokteran*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Perkonsil Nomor 41. (2016). *Penyelenggaraan Program Adaptasi Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Indonesia Lulusan Luar Negeri*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Permenristek Dikti Nomor 43. (2017). *Kuota nasional dan seleksi penerimaan mahasiswa baru Program Studi Kedokteran dan Kedokteran Gigi*. Jakarta: Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi.
- Permenristekdikti Nomor 44. (2015). *Standar Nasional Pendidikan Tinggi*. Jakarta: Kemenristek Dikti.
- Schwab, K. (2016). *The fourth industrial revolution*. Geneva: World Economic Forum.
- Undang-Undang Nomor 20. (2003). *Sistem Pendidikan Nasional*. Republik Indonesia.
- Undang-Undang Nomor 29. (2004). *Praktik Kedokteran*. Republik Indonesia.
- Undang-Undang Nomor 36. (2014). *Tenaga Kesehatan*. Republik Indonesia.



- W. P, F. (2013). Pembiayaan pendidikan: Suatu kajian teoritis. *Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan* , 565-578.
- WFME. (2003). *Basic Medical Education: WFME Global Standards for Quality Improvement*. Copenhagen: World Federation of Medical Education.
- WFME. (2015). *Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement*. Copenhagen: World Federation of Medical Education.
- WHO. (2018). *Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year)*. Diambil kembali dari [www.who.int](http://www.who.int): [http://www.who.int/gho/health\\_workforce/physicians\\_density/en/](http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/)
- Wijnen-Meijer. (2013). Stages and transitions in medical education around the world: Clarifying structures and terminology. *Medical Teacher*, Early online, 1-7.
- World Bank. (2003, 05 21). *Indonesia - Health Workforce and Services Project (English)*. Diambil kembali dari [worldbank.org](http://documents.worldbank.org/curated/en/746361468752422201/Indonesia-Health-Workforce-and-Services-Project): <http://documents.worldbank.org/curated/en/746361468752422201/Indonesia-Health-Workforce-and-Services-Project>
- World Health Organization. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: Policy Brief on Accreditation of Institutions for Health Professional Education*. Switzerland: World Health Organization.
- Xing, B., & Marwala, T. (2017, 03). *Implications of the Fourth Industrial Age on Higher Education*. Diambil kembali dari [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net): <https://www.researchgate.net/publication/315682580>