



**MAHKAMAH KONSTITUSI
REPUBLIK INDONESIA**

**RISALAH SIDANG
PERKARA NOMOR 111/PUU-XXII/2024
PERKARA NOMOR 156/PUU-XXII/2024
PERKARA NOMOR 182/PUU-XXII/2024**

**PERIHAL
PENGUJIAN MATERIIL UNDANG-UNDANG
NOMOR 17 TAHUN 2023 TENTANG KESEHATAN
TERHADAP UNDANG-UNDANG DASAR NEGARA
REPUBLIK INDONESIA TAHUN 1945**

**ACARA
MENDENGAR KETERANGAN AHLI YANG DIHADIRKAN
OLEH MAHKAMAH
(IX), (X), DAN (XIII)**

J A K A R T A

SELASA, 14 OKTOBER 2025



**MAHKAMAH KONSTITUSI
REPUBLIK INDONESIA**

RISALAH SIDANG

PERKARA NOMOR 111/PUU-XXII/2024

- Pengujian Materiil Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- Pemohon: Djohansjah Marzoeki

PERKARA NOMOR 156/PUU-XXII/2024

- Pengujian Materiil Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- Pemohon: Perkumpulan Konsultan Hukum Medis dan Kesehatan (PKHMK) yang diwakili oleh Risma Situmorang sebagai Ketua dan Christine Nhazzia Agustine Souisa sebagai Sekretaris, Elia Fransisco Silitonga, dan Debby Natalia

PERKARA NOMOR 182/PUU-XXII/2024

- Pengujian Materiil Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- Pemohon: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI), yang dalam hal ini diwakili oleh Adib Khumaidi selaku Ketua Umum PB IDI, dan Ulul Albab, selaku Sekretaris Jenderal PB IDI, Rudy Sapoelete, Djoko Widyarto, Gregorius Yoga Panji Asmara, dkk.

ACARA

Mendengar Keterangan Ahli yang Dihadirkan oleh Mahkamah (IX), (X), Dan (XIII)

Selasa, 14 Oktober 2025, Pukul 13.29 – 15.29 WIB

**Ruang Sidang Gedung Mahkamah Konstitusi RI,
Jln. Medan Merdeka Barat No. 6, Jakarta Pusat**

SUSUNAN PERSIDANGAN

MAJELIS HAKIM KONSTITUSI

- | | |
|---------------------------|-----------|
| 1. Suhartoyo | (Ketua) |
| 2. Saldi Isra | (Anggota) |
| 3. Arief Hidayat | (Anggota) |
| 4. Anwar Usman | (Anggota) |
| 5. Enny Nurbaningsih | (Anggota) |
| 6. Daniel Yusmic P. Foekh | (Anggota) |
| 7. M. Guntur Hamzah | (Anggota) |
| 8. Ridwan Mansyur | (Anggota) |
| 9. Arsul Sani | (Anggota) |

PANITERA PENGGANTI

Hani Adhani
Aqmarina Rasika
Yunita Nurwulantari

Pihak yang Hadir:**A. Kuasa Hukum Pemohon Perkara Nomor 111/PUU-XXII/2024:**

Muhammad Joni

B. Pemohon Perkara Nomor 156/PUU-XXII/2024:

Christine Nhazzia Agustine Souisa

C. Kuasa Hukum Pemohon Perkara Nomor 156/PUU-XXII/2024:

1. Rumiam Dewi Murni S.
2. Daniel P. P. Tambunan

D. Pemohon Perkara Nomor 182/PUU-XXII/2024:

1. Slamet Budiarto
2. Telogo Wismo Agung Durmanto
3. Fakhurrozi
4. Jetty Rajati Hasan Sedyawan
5. Ugan Gandar
6. Ina Asmisari Syawalina
7. Nur Andriani
8. Aries Teguh Irianto
9. Fazilet Soeprapto
10. Wiwi Kumiasih
11. Mahmud Ghaznawie
12. Aii Baziad
13. Devi Hendra
14. Ari Yunanto
15. Sukman Tulus Putra
16. Setyo Widi Nugroho
17. Wawang S. Sukarya
18. Darwito Suwito
19. Masrifan Djamil
20. Nazrial Nazar
21. Hamzah Hasan
22. Djoko Widyarto
23. Zul Asdi
24. Andi Asadul Islam
25. Poedjo Hartono
26. Andreas Santoso
27. Achmad Zaenudin
28. Sara Bintang Saragih
29. Rullijanto Wirahardja

30. Dicky Yulius Pangkey
31. Ali Sundihardja
32. Hadi Wijaya

E. Kuasa Hukum Pemohon Perkara Nomor 182/PUU-XXII/2024:

Muhammad Joni

F. Ahli dari Mahkamah Konstitusi:

1. Iqbal Mochtar
2. Gandes Retno Rahayu

G. DPR:

1. Rina Sartika Pamela
2. Adjie Jalu Prasetyo
3. Ernawati

H. Pemerintah:

- | | |
|------------------------------|---------------|
| 1. Syahmardan | (Kemenkumham) |
| 2. Muhammad Fuad Muin | (Kemenkumham) |
| 3. Muhammad Alfin Imanullah | (Kemenkumham) |
| 4. Fhauzanul Ikhwan | (Kemenkumham) |
| 5. Veri Juni Harianto | (Kemenkumham) |
| 6. Kunta Wibawa Dasa Nugraha | (Kemenkes) |
| 7. Indah Febrianti | (Kemenkes) |
| 8. Anna Kurniati | (Kemenkes) |
| 9. Lorensia Perangin Angin | (Kemenkes) |
| 10. Maritania | (Kemenkes) |
| 11. Cici Sri Suningsih | (Kemenkes) |
| 12. Teza Eka Setyawaty | (Kemenkes) |
| 13. Nurhadi Bowoleksono | (Kemenkes) |
| 14. Dina Rospita | (Kemenkes) |
| 15. Dea Nidya Ganatika | (Kemenkes) |

I. Pihak Terkait:

1. Dollar
2. Judilherry Justam
3. Sugito Wonodirekso

J. Kuasa Hukum Pihak Terkait:

1. Mukhlis Muhammad Maududi (Jajang Edi P.)

K. Asosiasi Dekan Fakultas Kedokteran Indonesia:

1. Tonang Dwi Ardyanto
2. Ari Fahrial Syam

L. Asosiasi Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Indonesia:

Suryono

M. Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia:

1. Bernadette Eka A. Wahjoeni
2. Dwi Aryani

N. Asosiasi Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan Indonesia:

Yulita Hendrartini

*Tanda baca dalam risalah:

[sic!]: tanda yang digunakan apabila penggunaan kata dalam kalimat yang digunakan oleh pembicara diragukan kebenarannya antara ucapan dengan naskah/teks aslinya.

... : tanda elipsis dipakai dalam kalimat yang terputus-putus, berulang-ulang, atau kalimat yang tidak koheren (pembicara melanjutkan pembicaraan dengan membuat kalimat baru tanpa menyelesaikan kalimat yang lama).

(...): tanda yang digunakan pada kalimat yang belum diselesaikan oleh pembicara dalam sidang, namun disela oleh pembicara yang lain.

SIDANG DIBUKA PUKUL 13.29 WIB**1. KETUA: SUHARTOYO [00:39]**

Kita buka persidangan. Persidangan untuk Perkara Nomor 111, 156, dan 182 Tahun 2024 dibuka dan persidangan dinyatakan terbuka untuk umum.

KETUK PALU 3X

Selamat siang. Assalamualaikum wr. wb. Salam sejahtera untuk kita sekalian. Ini menyidangkan Undang-Undang Kesehatan, tapi Hakimnya pada sakit ini. Kena dampak perkara ini nih. Baik, salam sejahtera untuk kita sekalian. Diperkenalkan untuk Pemohon 111 dan ... Pak Joni, 82 sekalian kan? 182, ya?

2. KUASA HUKUM PEMOHON PERKARA NOMOR 111 DAN 182/PUU-XXII/2025: MUHAMMAD JONI [01:35]

Siap, Yang Mulia.

3. KETUA: SUHARTOYO [01:35]

Sekaligus.

4. KUASA HUKUM PEMOHON PERKARA NOMOR 111 DAN 182/PUU-XXII/2025: MUHAMMAD JONI [01:36]

Terima kasih, Yang Mulia. Assalamualaikum wr. wb. Atas perkenan, Yang Mulia, kami melaporkan hadir hari ini saya selaku Kuasa Hukum Perkara Nomor 111.

Kemudian Perkara Nomor 182 dihadiri langsung oleh Ketua Umum Dr. dr. Slamet Budiarto, S.H., M.H.Kes. Kemudian dr. Telogo Wismo Agung Durmanto, Sekretaris Jenderal. dr. Fakhurrozi, M.H.Kes, Wakil Sekretaris Jenderal. dr. Hadi Wijaya, MPH., M.H.Kes., Wakil Ketua Bidang Media Sosial. dr. Jetty Rajati Hasan Sedyawan, S.P., J.P., (K), Anggota Bidang Jaminan Kesehatan Nasional. drg. Ugan Gandar, Dokter Gigi. drg. Ina Asmisari Syawalina, drg. Nur Andriani, drg. Aries Teguh Irianto, SP., B.M., dan Bendahara Umum, dr. Fazilet Soeprpto., M.PH. Dan sejumlah yang hadir di online dari Prof. dr. Aii Baziad sampai dengan drg. Devi Hendra. Terima kasih, Yang Mulia.

5. KETUA: SUHARTOYO [02:50]

Baik. Dari 156, silakan.

6. KUASA HUKUM PEMOHON PERKARA NOMOR 156/PUU-XXII/2025: RUMIAM DEWI MURNI S [02:54]

Selamat siang. Terima kasih, Majelis Hakim Yang Mulia. Perkara 156 yang hadir hari ini Prinsipal Pemohon I, Christine Souisa. Kuasa Hukum, saya sendiri Dewi Murni, bersama Daniel Tambunan.

7. KETUA: SUHARTOYO [03:11]

Dari Kuasa DPR, silakan.

8. DPR: RINA SARTIKA PAMELA [03:15]

Terima kasih, Yang Mulia. Mohon izin menyampaikan Tim Kuasa DPR berhalangan hadir untuk sidang hari ini. Namun yang ditugaskan untuk hadir adalah kami dari Pusat Pemantauan Pelaksanaan Undang-Undang, ada saya Rina Sartika Pamela bersama dengan kedua rekan saya, Bapak Adjie Jalu Prasetyo dan juga Ibu Ernawati.

Demikian, Yang Mulia.

9. KETUA: SUHARTOYO [03:35]

Baik. Dari Kuasa Presiden.

10. PEMERINTAH: SYAHMARDAN [03:39]

Terima kasih, Yang Mulia. Bismillahirrahmanirrahim. Assalamualaikum wr. wb. Selamat siang, salam sejahtera buat kita semua. Kuasa Presiden hadir dari Kementerian Hukum, saya Syahmardan, kemudian Muhammad Fuad Muin, dan Tim Litigasi dari Kementerian Hukum. Kemudian dari Kementerian Kesehatan, hadir Bapak Kunta Wibawa Dasa Nugraha, Sekretaris Jenderal. Kemudian Ibu Indah Febrianti, Kepala Biro Hukum. Kemudian Ibu Anna Kurniati, Direktur Penyediaan SDM Kesehatan dan Tim Advokasi dari Kementerian Kesehatan. Terima kasih, Yang Mulia. Assalamualaikum wr. wb

11. KETUA: SUHARTOYO [04:16]

Walaikumussalam wr. wb.

Dari Pihak Terkait dari Bapak Brigjen TNI (Purn) Jajang Edi Priyanto dan kawan-kawan ... Priyatno.

12. KUASA HUKUM PIHAK TERKAIT: MUKHLISH MUHAMMAD MAUDUDI [04:26]

Terima kasih, Yang Mulia. Untuk Perkara 111 dan 182.

13. KETUA: SUHARTOYO [04:32]

111 dan 182, ya.

14. KUASA HUKUM PIHAK TERKAIT: MUKHLISH MUHAMMAD MAUDUDI [04:33]

Hadir sebagai Pihak Terkait Dr. dr. Dollar, Sp.KKG, S.H., M.A., dan saya sendiri, Mukhlis Muhammad Maududi. Terima kasih, Yang Mulia.

15. KETUA: SUHARTOYO [04:44]

Baik. Untuk Kolegium Akupuntur Medik Indonesia untuk 111? Tidak hadir.

Kolegium Ilmu Bedah Syaraf, 111? Tidak hadir juga.

Ahmad Redi untuk Perkara 156 juga tidak hadir.

Bapak Dr. dr. Judilherry Justam dan kawan-kawan?

16. PIHAK TERKAIT: JUDILHERRY JUSTAM [05:03]

Terima kasih, Yang Mulia. Dari Pihak Terkait, hadir saya sendiri Judilherry Justam dan Dr. Sugito Wonodirekso. Terima kasih.

17. KETUA: SUHARTOYO [05:15]

Baik. Agenda persidangan pada siang hari ini adalah untuk mendengar Keterangan Ahli. Hadir di Makamah, Bapak[sic!] Prof. Dr. Gandes Retno Rahayu ... Ibu, ya? Maaf. Kemudian melalui online Bapak Dr. dr. Iqbal Mochtar.

Selamat siang, Pak. Pak Iqbal.

18. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [05:42]

Selamat siang, Pak Suhartoyo ... Yang Mulia Pak Suhartoyo, selamat siang.

19. KETUA: SUHARTOYO [05:47]

Ini dari jauh soalnya Beliau itu.

Baik. Untuk melanjutkan persidangan ini, dimohon Yang Mulia Prof. Saldi untuk melanjutkan memimpin sidang.

20. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [05:59]

Terima kasih, Yang Mulia Pak Ketua.

Sebelum didengarkan Keterangan Ahli, mohon Ahli untuk mengambil tempat ... oh, mohon maaf. Ini tidak perlu disumpah karena pemberi keterangan yang diminta oleh Mahkamah.

Kita beri kesempatan awal karena ini yang apa ... menggunakan online kepada dr. Iqbal menyampaikan Keterangan. Silakan, dr. Iqbal. Ini kebetulan Beliau apa ... tugasnya di Doha, Qatar. Silakan, Pak Iqbal.

21. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [06:40]

Baik, terima kasih. Assalamualaikum wr. wb. Selamat pagi. Salam sejahtera buat kita semua. Mudah-mudahan pada pagi hari ini kita semua dalam keadaan sehat dan selalu dalam lingkungan (...)

22. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [06:52]

Mohon maaf. Ini supaya biar lebih afdol disumpah, Pak apa ... Pak Iqbal, ya.

23. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [06:58]

Sebentar, Pak, kalau begitu.

24. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [07:05]

Ya, mohon maaf.

Sekalian mohon kesediaan Ibu Prof. Dr. Gandes untuk ke depan diambil sumpah. Ibu Prof. Dr. Gandes akan diambil sumpah oleh Yang Mulia Pak Daniel, sementara Pak dr. Iqbal akan diambil sumpah oleh Yang Mulia Bapak Prof. Guntur. Dipersilakan.

25. HAKIM ANGGOTA: DANIEL YUSMIC P. FOEKH [07:30]

Baik, terima kasih.

Ibu Prof. Dr. Gandes Retno Rahayu, Ph.D., ya. Ikuti lafal janji akan saya tuntun. Tangan kanan di atas dengan tiga jari! Katolik, Bu, ya? Baik, ikuti lafal janji akan saya tuntun.

"Saya berjanji sebagai Ahli akan memberikan Keterangan yang sebenarnya, sesuai dengan keahlian saya. Semoga Tuhan menolong saya."

26. AHLI DARI MK: GANDES RETNO RAHAYU [04:52]

Saya berjanji sebagai Ahli akan memberikan Keterangan yang sebenarnya, sesuai dengan keahlian saya. Semoga Tuhan menolong saya.

27. HAKIM ANGGOTA: DANIEL YUSMIC P. FOEKH [08:06]

Baik, terima kasih.

28. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [08:09]

Terima kasih. Baik, silakan kembali ke tempat duduk.
Pak Iqbal mohon berdiri. Sudah ada, ya, yang pegang Alquran di situ?

29. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [08:18]

Sudah ada, Prof, sudah ada, Yang Mulia.

30. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [08:21]

Silakan, Prof. Guntur.

31. HAKIM ANGGOTA: M. GUNTUR HAMZAH [08:23]

Ya, terima kasih, Yang Mulia Pak Wakil selaku pimpinan sidang.

32. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [08:28]

Alquran di atas kepala!

33. HAKIM ANGGOTA: M. GUNTUR HAMZAH [08:31]

Ya. Eh, yang pegang yang ini yang ... ya, ya, tolong diperlihatkan.
Oke, baik.

Prof. Iqbal Mochtar, ikuti lafal sumpah yang saya tuntun.

"Bismillahirrahmanirrahim. Demi Allah, saya bersumpah sebagai Ahli akan menyampaikan Keterangan yang sebenarnya, sesuai dengan keahlian saya."

34. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [08:48]

Bismillahirrahmanirrahim. Demi Allah, saya bersumpah sebagai Ahli akan menyampaikan Keterangan yang sebenarnya, sesuai dengan kahlian saya.

35. HAKIM ANGGOTA: M. GUNTUR HAMZAH [09:09]

Terima kasih, saya kembalikan ke Yang Mulia.

36. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [09:12]

Terima kasih, Yang Mulia Prof. Guntur.
Pak Dr. Iqbal, silakan diberi waktu secukupnya untuk menyampaikan Keterangan. Dipersilakan.

37. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [09:28]

Assalamualaikum wr. wb. Selamat pagi. Salam sejahtera buat kita semua. Mudah-mudahan pada pagi hari ini kita semua dalam keadaan sehat dan selalu dalam lindungan Tuhan Yang Maha Kuasa.

Yang Mulia dan yang kami hormati Hakim Mahkamah Konstitusi dan juga semua peserta yang hadir pada acara pada saat ini. Perkenalkan saya Dr. Iqbal Mochtar, untuk memberikan beberapa pandangan terkait sejumlah isu seputar Undang-Undang Kesehatan Tahun 2023 yaitu Undang-Undang Kesehatan 17/2023. Saya izin share screen.

38. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [10:10]

Silakan.

39. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [10:25]

Ada beberapa hal yang akan saya coba berikan tanggapan terkait isu seputar Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 ini dan yang pertama adalah terkait kolegium. Dimana kita tahu bahwa pada Pasal 451, di situ disebutkan bahwa kolegium dibentuk oleh pemerintah dan kolegium yang ada sebelumnya tidak berlaku. Dan sebagaimana kita ketahui bahwa saat ini pemerintah telah membentuk kolegium berbagai disiplin keilmuan.

Saya kira kita semua tahu bahwa kolegium itu merupakan sebuah lembaga ilmiah yang memiliki peran sangat penting di dalam menjaga dan mengembangkan standar profesi pendidikan kedokteran, menjaga kompetensi profesi, serta integritas keilmuan di bidang medis. Karena itu

kolegium sering disebut sebagai *custodian of knowledge*, yaitu sebuah institusi yang memastikan bahwa dokter dan tenaga medis menjalani pendidikan, pelatihan, dan ujian berdasar standar akademik dan etika yang tinggi.

Terkait dengan ini, peran kolegium itu diantaranya adalah menyusun kurikulum dokter, menentukan standar kompetensi nasional, menjamin lulusan memiliki standar kompetensi relevan, sehingga mereka dapat melakukan praktik medis secara aman dan profesional, dan ini bertujuan bagi keselamatan pasien dan keselamatan mereka. Dengan fungsi yang sangat esensial tersebut, maka kolegium mestinya berdiri independen. Ini yang kita sebut sebagai independensi akademik, tidak dipengaruhi oleh kepentingan politik, dapat memelihara muruah keilmuan dan profesi, menjadi benteng keselamatan pasien, dan menjaga standar akademik dan keilmuan.

Kementerian Kesehatan baru-baru ini mendirikan kolegium baru dengan struktur yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan dan mereka menghapus kolegium lama yang telah puluhan tahun menjadi *custodian of knowledge*. Kolegium kesehatan yang dibentuk Menkes ini bukan hanya tidak tepat secara struktur, tetapi berpotensi menimbulkan dampak serius, di antaranya adalah standar pendidikan dan kompetensi dapat diatur atau diturunkan demi program dan target politik. Saya beri contoh adanya usulan bahwa dokter umum bisa memasang cincin jantung. Jadi, mereka hanya diberikan pelatihan selama beberapa bulan, kemudian mereka diberikan kompetensi untuk memasang cincin jantung. Ini tentu saja sangat berbahaya dari segi keselamatan pasien.

Kemudian, konflik struktural. Kementerian Kesehatan jika terlibat di dalam kolegium, artinya mereka berperan ganda sebagai regulator dan juga penyedia layanan kesehatan. Apa yang terjadi, hasilnya adalah keputusan-keputusan sepihak yang berlandaskan kebutuhan politik dan birokrasi. Sekarang kita coba lihat berbagai praktik di berbagai negara, terutama negara maju. Di Inggris, kolegium itu disebut sebagai *Royal College* dan terdiri atas bermacam-macam kolegium, misalnya *Royal College of Physicians* dan *Royal ... Royal College of Surgeons*. Semua lembaga ini berdiri independen, mereka tidak di bawah pemerintah dan tidak dibentuk oleh pemerintah, *advisory board*-nya ditentukan oleh peserta. Kemudian, di Amerika kita lihat *American Board of Medical Specialization*. Ini merupakan payung dari 24 *member board*, seperti *American Board of Internal Medicine* dan *American Board of Surgery*, dimana mereka juga sangat independen dari pemerintah. Hal yang sama juga terjadi di Kanada, yaitu *Royal College of Physicians and Surgeons*. Itu yang pertama.

Kemudian yang kedua, apakah pemerintah perlu menjadi pengawas etik profesi? Pasal 202 ... 421 ayat (2) menyebutkan bahwa pemerintah berwenang melakukan pengawasan etika dan disiplin profesi. Terkait hal ini, kita perlu melihat hakikat regulasi dan etika profesi. Apa

sebenarnya perbedaan keduanya? Pemerintah memang berwenang mengatur kebijakan publik, perizinan, serta standar pelayanan kesehatan karena ini menyangkut kepentingan umum. Namun etika dan disiplin profesi itu hal yang lain, karena dia bersumber dari nilai-nilai moral, sumpah profesi, dan kaidah keilmuan. Ia merupakan normal internal profesi yang hanya dapat dinilai oleh sejawat yang memahami konteks praktik medis, termasuk standar profesi. Sehingga secara ilmiah, pengawasan etika dan disiplin profesi tidak bisa dilakukan oleh birokrat atau pejabat administratif yang tidak memiliki kompetensi klinis maupun etis. Kalau ini terjadi, akan timbul potensi kepen ... konflik kepentingan. Pemerintah adalah penyusun kebijakan dan penyedia layanan. Ketika mereka mengawasi etika secara bersamaan, artinya ini berpotensi menimbulkan sikap tidak objektif dan melindungi citra pemerintah. Sisi lain, kita tahu bahwa profesi medis bersifat self-regulated. Mereka memiliki otoritas otonom untuk mengatur dirinya, termasuk etika dan disiplin. Bagaimana dengan praktik internasional? Hampir semua negara, pengawasan etika dan disiplin kedokteran tidak dilakukan oleh pemerintah secara langsung, melainkan oleh lembaga profesional seperti General Medical Council di Inggris atau College of Physician Surgeons di Kanada.

Isu ketiga, organisasi profesi, apakah kita harus memilih uni atau multibar? Pasal 311 disebutkan bahwa tenaga medis dan tenaga kesehatan dapat membentuk organisasi profesi. Ini kemudian memunculkan isu, apakah organisasi profesi ini hanya unibar saja atau bisa multibar? Saat ini, sudah ada organisasi dokter lain selain Ikatan Dokter Indonesia. Untuk memahami hal ini, barangkali kita perlu melihat dulu apa sebenarnya peran prof ... organisasi profesi. Perannya itu ada dua. Yang pertama adalah sebagai regulator moral, yaitu penjaga standar profesi dan etik. Dan yang kedua sebagai advokat yang memberikan advokasi bagi kesejahteraan anggota.

Kalau kita berbicara tentang uni dan multibar, masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan. Kalau unibar yang kita sebut sebagai model tunggal, itu artinya kita mempersiapkan adanya keseragaman standar profesi dan etik. Kemudian, kekuatan politik profesi lebih solid, dan hal yang paling penting adalah kemudahan koordinasi ketika terjadi krisis seperti saat Pandemi Covid. Kita ingat pada saat Pandemi Covid yang lalu, pemerintah menggandeng tangan IDI untuk melakukan penatalaksanaan Covid secara nasional. Namun, model tunggal seperti ini rentan monopoli kekuasaan dan memungkinkan ada yang merasa tak terwakili.

Sedangkan model multiple itu lebih memperlihatkan pluralisme dan representasi yang lebih luas, mendorong adanya check and balances, serta inovasi kebijakan. Namun, ketika terjadi fragmentasi suara profesi dalam hal standar profesi dan etika, itu akan sangat berbahaya. Saya berikan contoh di sini adanya kasus seorang dokter

yang dipecat oleh IDI akibat dianggap melakukan tindakan yang tidak berdasar standar ilmiah. Oleh IDI, dokter tersebut dianggap melanggar etika dan kemudian dipecat. Tetapi karena ada organisasi lain selain IDI, organisasi lain itu kemudian menyatakan bahwa apa yang dilakukan itu tidak melanggar etik. Jadi, kita bisa lihat di sini apabila ada dua atau lebih organisasi profesi, kemungkinan untuk terjadinya conflict of interest, konflik dalam hal etika dan prinsip moral itu bisa saja terjadi. Dan itu akan sangat membingungkan masyarakat dan pemerintah.

Sekarang bagaimana kebutuhan Indonesia saat ini? Menurut saya, Indonesia pada saat ini masih berada pada tahap dimana keseragaman standar etika dan kompetensi masih perlu dijaga. Kita masih perlu adanya keseragaman standar profesi yang merupakan kemudahan bagi kita untuk melakukan koordinasi ketika terjadi krisis. Namun, dalam jangka panjang, bisa saja kita bergerak menuju model dua. Saya juga beranggapan bahwa model tunggal masih relevan untuk menjaga kohesi dan kualitas profesi di masa transisi, namun perlu reformasi internal yang kuat agar tidak berubah menjadi monopoli.

Saya sekarang akan mencoba membahas tentang Pasal 268, dimana dikatakan untuk meningkatkan mutu dan kompetensi teknis keprofesian dibentuk konsil, yaitu Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia yang mencakup profesi di bidang kesehatan. Sebelum Undang-Undang Kesehatan Tahun 17 ... Tahun ... Nomor Tahun 2023, sistem konsil di Indonesia bersifat terpisah dan fungsional. Ada Konsil Kedokteran Indonesia yang bertugas mengatur profesi dokter dan dokter gigi, sementara itu ada pula Konsil Tenaga Kesehatan yang mengatur profesi nondokter. Penyatuan konsil ini ditujukan untuk penyederhanaan tata kelola, namun kalau kita melihat lebih jauh, ini bermasalah dari substansi profesi dan etika kedokteran.

Sebagaimana kita ketahui bahwa profesi kedokteran merupakan karakteristik yang sui generis, merupakan sebuah domain yang unik dan tidak dapat disamakan dengan profesi lain. Kesehatan memikul tanggung jawab, etik, hukum, dan klinis yang sangat tinggi karena keputusannya berimplikasi langsung terhadap hidup dan mati seseorang. Oleh karena itu, sejak lama di berbagai dunia, regulasi profesi dokter ditempatkan pada medikal konsil tersendiri yang independen dan terpisah dari konsil profesi kesehatan. Penyatuan konsil seperti KTKI saat ini memudahkan terpinggirkannya suara profesi kedokteran di tengahnya banyaknya profesi lain yang tergabung dalam satu wadah dan ini berpotensi mengaburkan tanggung jawab etik dan klinis yang spesifik bagi profesi dokter.

Kalau kita melihat praktik di berbagai negara lain, hampir semua sistem regulasi profesi yang matang memisahkan konsil kedokteran dan konsil tenaga kesehatan. Di Inggris ini terpisah secara jelas. Inggris memiliki General Medical Council yang khusus mengatur dokter dan

dokter gigi, sementara Health and Care Professions Council itu mengatur profesi kesehatan lainnya.

Di Australia, mereka menggunakan sistem yang semiterpadu, dimana semua profesi berada di bawah Australian Health Practitioner Regulation Agency yang sebagai payung administratif, namun masing-masing profesi ada seperti Medical Board of Australia, Nursing, Midwifery Board, dan lain-lain yang mereka memiliki otonomi substansif dalam hal etika, regis, dan disiplin.

Di Singapura pun demikian, mereka memiliki Singapore Medical Council yang berdiri sendiri untuk dokter, namun di samping itu mereka juga memiliki Nursing Board and Pharmacy Council untuk profesi perawat dan apoteker.

Kanada juga mengandung sistem desentralisasi, dimana setiap profesi memiliki College of Physician and Surgeon.

Sekarang saya ingin beranjak kepada hal yang kelima tentang surat izin praktik. Pada Pasal 264, saat sekarang untuk memperoleh surat izin praktik, tenaga medis harus memiliki surat tanda registrasi dan tempat praktik dan mereka tidak perlu lagi melampirkan surat rekomendasi dari organisasi profesi. Kalau kita melihat hal ini, ini para dokter akan senang karena mereka tidak perlu ribet mencari surat rekomendasi, jadi dokter akan senang. Bagaimana dengan pemerintah? Pemerintah pun akan senang karena ini akan dianggap merupakan simplifikasi. Tapi pertanyaan berikutnya, apakah rakyat aman dengan model seperti ini? Apakah rakyat aman bahwa surat izin praktik itu bisa dikeluarkan hanya dengan adanya STR dan tempat praktik. Ada hal yang perlu kita pahami bahwa rekomendasi organisasi profesi bukan sekadar dokumen administratif, melainkan sebuah instrumen moral dan profesional yang memiliki fungsi dalam menjaga standar etik, kompetensi, dan integritas tenaga medis. Dalam sistem lama, rekomendasi dari organisasi profesi seperti IDI dan PDGI menjadi mekanisme kontrol sejawat atau kita sebut sebagai peer review untuk memastikan bahwa dokter yang akan berpraktik memang layak secara moral, etis, dan profesional. Sebelum mereka diberikan surat rekomendasi, mereka terlebih dahulu diberikan materi tentang etik. Kemudian, dilakukan pendidikan, dilakukan pemahaman bagaimana menjamin etik dan integritas profesi, bagaimana menjalankan prinsip self-regulation, dan mencegah dokter bermasalah berpraktik di tempat lain. Penghapusan surat rekomendasi dijanjikan akan menyederhanakan proses administratif, tetapi fakta yang kita dapat sekarang itu lebih complicated. Sekarang kalau kita ingin mengurus surat izin praktik, itu jauh lebih complicated dari dulu. Dan juga itu artinya telah mengorbankan prinsip-prinsip fundamental profesi medis yang telah diakui secara global. Sistem perizinan yang baik seharusnya tidak hanya mengandalkan cepat dan efisien, tidak hanya mengandalkan sederhana

atau simple, tetapi juga mampu menjamin keselamatan pasien dan moralitas profesi.

Sekarang saya ingin berbicara tentang SKP atau Satuan Kredit Profesi. Satuan Kredit Profesi pada Pasal 264 itu dikelola oleh Menteri Kesehatan, dalam hal ini Menteri Kesehatan. Namun, ada beberapa hal yang perlu kita pertimbangkan. Yang pertama bahwa SKP itu merupakan domain keilmuan dan profesi, bukan administrasi negara. Esensi SKP terletak pada penilaian-penilaian terhadap untuk ilmiah dan relevansi kegiatan profesional. Kegiatan ini bersifat keilmuan dan etik profesional, sehingga hanya dapat dinilai oleh pihak yang memahami konteks profesi tersebut. Peran Menteri semestinya hanya bersifat kebijakan dan supervisi, bukan terlalu dalam mencampuri operasional teknis. Dalam sistem tata kelola kesehatan yang ideal, Menteri Kesehatan harusnya berfungsi sebagai regulator kebijakan nasional, bukan sebagai pengelola teknis kegiatan ilmiah profesi.

Kalau kita lihat berbagai contoh di negara lain, hal yang sama tidak kita dapatkan seperti ini. Menteri tidak berperan langsung sebagai orang yang berkecimpung di dalam penilaian SKP. Banyak risiko yang bisa terjadi seperti hal ini, diantaranya adalah birokrasi berlebihan. Ada beberapa teman saya, saya berikan contoh, yang telah mengumpulkan SKP lebih dari 900, tetapi dari jumlah tersebut hanya beberapa saja yang diakui.

Pertimbangan lain mari kita pikirkan saat ini. Di Indonesia ada sekitar 220 dokter yang memiliki STR. Kalau 220.000 dokter ini masing-masing harus mengumpulkan 250 poin SKP, berarti ada jutaan poin SKP yang harus ditelisik oleh Menteri Kesehatan. Ini akan membuat mereka overloaded, ini akan membuat mereka berlebihan dalam tugas-tugas mereka. Apalagi kita tidak tahu apakah orang yang melakukan penilaian tersebut paham dengan isu kedokteran atau tidak. Ada seorang teman saya, yang seorang neurolog, kemudian dia mengambil SKP terkait kulit. SKP ini langsung ditolak karena dianggap neurolog tidak berhubungan dengan kulit. Padahal tentu saja ahli neurolog ini memiliki alasan kenapa dia mempelajari SKP di bidang kulit tersebut. Karena ada beberapa area di dalam neurologi yang memang bersentuhan dengan kulit, misalnya neurodermatitis. Ini yang sulit dipahami oleh orang-orang yang tidak berkecimpung di bidang medis. Karena mereka hanya melihat judul, kemudian menyatakan bahwa ini sesuai atau tidak sesuai. Mestinya model ideal itu melibatkan Menteri Kesehatan, konsil, kolegium, dan organisasi profesi dan bukan hanya menjadi ranah Menteri Kesehatan.

Dan ini adalah yang terakhir tentang Majelis Disiplin Profesi. Pasal 708 ayat (1) menyatakan bahwa tenaga medis yang diduga melakukan pelanggaran hukum dapat dikenai sanksi pidana setelah terlebih dahulu dimintakan rekomendasi dari Majelis Disiplin Profesi. Majelis Disiplin Profesi sebenarnya berperan sebagai lembaga teknis yang menilai apakah suatu tindakan medis sudah sesuai dengan standar of care atau

tidak. Apakah merupakan komplikasi medis atau tidak. Apakah merupakan bentuk kelalaian atau tidak. Ketiga domain ini, itu sulit dinilai selain institusi yang termasuk di dalam medis. Dalam profesi khusus, bukan hal yang baru dan tidak mengurai kesetaraan hukum apabila ada sebuah organisasi dimana di dalamnya dilakukan penilaian atau penelidikan terkait etis. Kita lihat misalnya di dalam polisi dan militer, mereka memiliki pengadilan etik. Advokasi pun demikian, mereka memiliki Dewan Kehormatan Advokat yang juga menelisik etik dari para anggotanya apabila ada yang diduga melakukan kesalahan. Jadi sebenarnya tidak ada hal yang baru di sini. Dan dengan adanya Majelis Disiplin Profesi ini bukan berarti ini tidak menghormati kesetaraan hukum.

Namun, di dalam Majelis Disiplin Profesi ini ada kendala teknis. Di antaranya bahwa keputusan harus dikeluarkan dalam batas 14 hari. Ini tentu saja sulit. Bagaimana bisa sebuah keputusan medis tentang malapraktik atau tidak itu harus dikeluarkan dalam waktu 14 hari. Kemudian, ada keterbatasan geografis karena Majelis Disiplin Profesi hanya berada dan berlokasi di Jakarta. Sementara di Indonesia ini tersebar puluhan ribu pulau dengan jumlah rumah sakit yang ribuan. Kalau setiap rumah sakit punya satu persoalan saja setiap bulan, maka ada ribuan persoalan yang harus di-cover oleh Majelis Disiplin Profesi dan ini tentu saja merupakan kendala bagi mereka.

Kemudian, komposisi anggota Majelis Disiplin Profesi tampaknya saat ini, itu tidak menggambarkan komposisi yang tepat. Banyak di antara mereka yang sebenarnya bukan praktisi murni yang pernah atau tahu memahami bagaimana praktik kedokteran. Banyak di antara mereka yang memang memiliki keahlian hukum, tetapi tidak pernah bersentuhan secara langsung dengan praktik klinis. Sehingga ketika mereka mengambil kesimpulan patut diduga bahwa kesimpulan tidak berdasarkan senses keklinisan.

Kemudian, Majelis Disiplin Profesi ini bila tidak ditangani dengan baik bisa terjadi potensi penyalahgunaan konflik dan kepentingan. Karena itu walaupun misalnya ini tetap harus ada perlu penyesuaian dengan kendala yang ada. Misalnya keputusan mereka itu harus sifatnya rekomendasi dan bukan sesuatu yang sifatnya tetap. Kemudian, perlu dilakukan restrukturisasi MDP, desentralisasi, dan penyesuaian waktu proses.

Saya kira untuk sementara inilah yang bisa saya sampaikan, Majelis Hakim yang kami muliakan, lebih, dan kurangnya kami mohon maaf. Sekian. Assalamualaikum wr. wb dan selamat siang.

40. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [32:31]

Walaikumsalam wr. wb. Pak Dr. Iqbal mungkin bersabar, ya, kita akan dengar dulu dari Ahli berikutnya, nanti mungkin akan ada pendalaman dari Majelis.

Prof. Gandes, dipersilakan.

41. AHLI DARI MK: GANDES RETNO RAHAYU [32:54]

Apakah slide-nya bisa mohon untuk ditayangkan?

42. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [32:59]

Slide-nya tolong ditayangkan!

43. AHLI DARI MK: GANDES RETNO RAHAYU [33:05]

Assalamualaikum wr. wb. Selamat siang, salam sehat, dan salam sejahtera untuk kita semua.

Yang saya muliakan dan saya hormati Ketua Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia, yang saya muliakan dan saya hormati Para Hakim Konstitusi, yang saya hormati Pihak Pemohon, Pihak Termohon, Pihak Terkait, Ibu/Bapak semuanya, kami harap hari ini dan selanjutnya kita sehat.

Mohon izin untuk memperkenalkan diri, nama saya Prof. Gandes Retno Rahayu. Saya hadir di sini atas undangan dari Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia untuk menyampaikan Keterangan terkait tiga perkara yang disidangkan pada siang hari ini.

Mohon izin karena latar belakang keilmuan saya adalah pendidikan kedokteran dan kesehatan, maka saya akan meninjau tiga perkara ini dari perspektif pendidikan kedokteran dan kesehatan. Sistematis yang akan saya sampaikan sederhana, nomor satu tentang dokter sebagai profesi, nomor dua tentang pendidikan dokter, nomor tiga tentang Continuing Professional Development (CPD). Tiga hal ini akan memberikan konteks yang sangat penting dan sangat serius terhadap tiga perkara yang disidangkan hari ini, maka setelah tiga hal tersebut baru kemudian saya akan berusaha meninjau perkara yang disidangkan. Next.

Ibu/Bapak, andaikan kita pernah atau kita mempunyai saudara, atau tetangga, atau kenalan kita yang sedang sakit, entah sakit akut atau kronik, entah yang sangat parah atau tidak, entah yang emergensi ataupun sebenarnya tidak emergensi. Maka kalau kita tanya dokter dan tenaga kesehatan seperti apa yang diharapkan oleh pasien? Saya cukup yakin jawabannya ada di slide berikutnya. Minimal pasien dan keluarga akan berharap untuk ditemani, ditolong, dikelola oleh dokter dan tenaga

kesehatan yang pintar, tampil, beretika, komunikasinya baik, responsif, mudah dihubungi, teliti, dapat dipercaya menghargai nilai dan value pasien, dan melibatkan pasien dan keluarga dalam penanganan kasus tersebut. Next.

Dokter sebagai profesi mempunyai atribut yang harus dimiliki, yaitu atribut sebagai seorang profesional (professionalism attribute). Apa saja? Itu bisa kita lihat ada banyak atribut seperti yang sebenarnya diharapkan oleh pasien tadi. Competence, commitment, mampu menjaga confidentiality, autonomy, altruist, integrity, honesty, morality, dan ethical conduct, trustworthiness, responsibility to the profession, self-regulation, responsibility to society, dan teamwork.

Ibu/Bapak saya mohon izin salah satu yang menjadi sentral diskusi kita hari ini adalah tentang autonomy, self-regulation. Apakah autonomy dan self-regulation seorang dokter tenaga kesehatan adalah autonomy dan self-regulation yang semau-maunya? Tidak. Kenapa? Kita lihat slide berikutnya.

Dokter mengucapkan sumpah sampai sekarang. Sumpah ini ada berbagai macam, namun ada dua yang ingin saya baca. Pertama, seorang dokter bersumpah membaktikan hidupnya untuk perikemanusiaan. Yang kedua yang saya ingin bacakan, dengan pengetahuan yang dimiliki, dia tidak akan menggunakan pengetahuan itu untuk melakukan sesuatu yang bertentangan dengan perikemanusiaan. Jadi walaupun tadi ada autonomy, ada self-regulation, tidak berarti kemudian tidak ada batas. Tidak berarti bahwa kemudian itu semau-maunya karena dia harus berfokus pada perikemanusiaan, bahkan ketika diancam. Next.

Saya memakai kata *ironi*, maka saya pisahkan grafik tersebut. Dokter yang disumpah untuk mengutamakan perikemanusiaan, dia harus bekerja dalam satu sistem kesehatan, yang mana komponen-komponen untuk mendukung sistem tersebut, semuanya ada di warna yang oranye dan coklat. Dari fasilitas diagnostik, obat-obatan, fasilitas intervensi, fasilitas penanganan, pelayanan, rumah sakitnya, semua adalah economic driven. Bisa dibayangkan, perikemanusiaan dan economic driven. Dalam satu sistem kesehatan suatu negara, itu ada konteks lagi, apakah akan berfokus kepada health care atau health industry? Apakah akan kedua-duanya? And when? Bila kedua-duanya. Next.

Dengan konteks seperti itu, kemudian kita bertanya, seperti apa pendidikannya agar menghasilkan profesi-profesi yang mampu menjalankan harapan tadi? Next.

Yang Mulia Para Hakim Konstitusi dan Ibu/Bapak. Di dunia ini, apabila dibagi, maka secara umum akan ada minimal 6 rute, pathway seseorang menjadi dokter spesialis/subspesialis. Ini 6 route yang secara generik. Next.

Kalau kita lihat lebih detail. Slide ini terlalu kecil, tetapi yang ingin saya sampaikan, ada list negara. Kemudian, ada list seberapa lama

pendidikan itu ditempuh dari sarjana kedokteran, spesialis, dan subspecialis. Baris paling ada ... paling atas adalah tahun. Dari sekian jumlah negara yang ada di sana, negara maju maupun negara berkembang, tidak ada pendidikan dokter yang instan. Tidak ada. Semua membutuhkan waktu yang panjang untuk mendidik sesuai dengan ciri-ciri profesional. Pertanyaannya, mengapa harus panjang? Membutuhkan biaya yang luar biasa banyak, membutuhkan sumber daya yang tidak terkira. Saya mohon izin untuk menjelaskan ini dengan mudah. Next.

Ibu/Bapak ini adalah cara mendianosis yang kebetulan metode ini dikembangkan oleh salah satu dokter senior, klinisi senior, dan saya sedikit membantu. Bila seorang pasien datang dengan keluhan nyeri di lutut dan kaku lututnya, mungkin orang awam akan dengan mudah, paling arthritis, paling rematik. Begitu kan? Padahal, keluhan, nyeri, dan kaku di kedua sendi, ada banyak possibility. Bagaimana kemudian menyingkirkan possibility-possibility itu? Itu adalah diagramnya. Dari mengumpulkan data-data keluhan yang lain, dari mengumpulkan tanda-tanda yang lain, dari kemudian melakukan berbagai pemeriksaan dan menyingkirkan, sampai kemudian bisa ke dianosis yang lebih tepat. Mungkin bisa membedakan, itu rematik arthritis, mohon maaf, saya menggunakan istilah kedokteran, gout, pseudogout, LSE, mungkin tumor, mungkin metastase di tulang. Harus dibedakan untuk didianosis dan memberikan penanganan yang tepat. Ini hanya untuk satu keluhan, nyeri di lutut, sementara keluhan yang harus ditangani apalagi seorang spesialis dan subspecialis bisa ratusan atau ribuan, maka tidak mungkin dari segi knowledge pendidikannya akan menjadi pendidikan singkat. Next.

Ini baru segi knowledge, belum dari segi keterampilan melakukan skill acquisition. Ini ada tahapanya, tahap yang paling mudah adalah fase kognitif, what. Tahap kedua, how. Tahap ketiga sampai otomatisasi. Nah, untuk sampai tahap otomatisasi ini satu skill perlu di-drill berulang-ulang dan mungkin mahal. Karena bisa jadi suatu keterampilan-keterampilan apapun, baik kedokteran maupun tidak, biasanya membutuhkan media untuk drilling. Itu adalah salah satu contoh gambar-gambarnya. Maka di mana-mana sekarang karena tidak boleh langsung ke pasien, maka ada simulation center dari yang sederhana sampai yang canggih.

Harapannya apa? Harapannya ada otomatisasi, sehingga kalau dipanggil jam 2 malam, jam 3 malam, jam 5 dini hari, Sabtu, Minggu, sedang sakit, sedang kondangan, dia bisa memberikan konsultasi. Dia bisa datang dan melakukan tindakan itu. Maka itu butuh proses yang lama. Next.

Knowledge, skill, dan ini paling sulit attitude. Bila attitude yang diharapkan dari seorang dokter adalah hanya level terbawah paling kiri, yaitu knowledge. Saya tahu saya tidak boleh aborsi, saya tahu saya tidak boleh menghormati pasien, maka itu mudah sekali. Tapi yang diharapkan

adalah sampai ujung ke atas yaitu characterization. Sehari-hari dia menghargai koleganya, sehari-hari komunikasinya baik, sehari-hari dia memperhatikan dalam praktiknya value dari pasien dan seterusnya.

Profesionalisme ini ada dua cara, diajarkan atau diperoleh melalui interaksi sosial sehari-hari, yang disebut role modeling dan role modeling yang baik sudah banyak ditelaah. Role model yang baik mempunyai berbagai ciri, maka menjadi pendidik tidak bisa sepiantas, harus disiapkan. Next.

Dengan konteks tadi, maka sebenarnya ada guideline. Terus apa yang perlu kita lakukan? Saya tidak ingin membaca satu per satu ini, tapi guideline ini sudah membedakan antara yang dulu dan sekarang, dari proses awal seleksi sampai dengan lulus, dan dari konten-konten yang dipilih. Namun saya akan mendetailkan satu per satu yang saya anggap penting dan relevan dengan perkara ini. Next.

Yang pertama, kejelasan outcome. Kalau lulus bisa apa, itu menjadi penting. Maka kalau kita membicarakan tentang kolegium, kita sedang membicarakan di sini, standar kompetensi nasional harus jelas. Apanya yang harus jelas? Dokter harapannya adalah nanti kalau lulus, doing the right thing. So what are the right things? Pasti akan ada list sekian lembar. Yang kedua, doing the thing right, maka harus skillful. Maka ada list ratusan list skill yang dia harus kuasai. Dan yang terakhir, the right person doing it. Maka dia harus punya attitude yang baik. Ini jelas dan harus ditentukan di awal. Penting sekali karena akan dirujuk secara nasional. Next.

Yang kedua adalah seleksi calon mahasiswa. Kalau dilihat pathway-nya tadi cukup panjang, mungkin kita sebagai orang tua akan berpikir ulang. Apakah ... andaikan anak saya ingin jadi dokter, lebih baik saya tantang duluan, benar enggak, jadi dokter? Atau lebih baik memilih profesi lain? Karena pathway-nya panjang dan responsibility yang ada di pundaknya cukup panjang, sehingga seleksi mestinya tidak main-main, tidak hanya aspek kognitif, namun juga aspek nonkognitif dengan memakai instrumen yang tepat untuk mengukur. Next.

Setelah outcome jelas, seleksi mahasiswa jelas, seleksi, dan pengembangan staf. Karena tadi bisa jadi role modelling, harus me-training sebanyak rupa, ini juga harus dilakukan dengan terstruktur, berkesinambungan. Karena pendidik akan memainkan peran-peran yang saya sebutkan di situ, tidak hanya mencontohkan saja suatu keterampilan, tapi memerankan berbagai peran itu, dan itu tidak mungkin tidak disiapkan dengan baik. Tidak mungkin kemudian tanpa pertimbangan, sehingga siapa pun asal sudah dokter spesialis bisa mendidik. Tidak. Next.

Kurikulum. Setelah tadi ada standar yang bersifat nasional, maka di penyelenggara pendidikan harus mengolah kurikulum itu agar memenuhi beberapa kaidah kurikulum, misalnya standarnya jelas, responsif, interprofesional education ada, ada culture atau budaya critical

inquiry, kritis, dan kemudian akan lebih baik adalah personalized learning. Ini adalah salah satu alasan, mengapa pendidikan dokter tidak pernah menjadi pendidikan yang massal. Kalaupun di Benua Eropa pernah ada di tahun-tahun awal cukup massal, maka itu akan berguguran karena memang sengaja seperti itu, karena tadi harus mempertimbangkan beberapa hal yang saya sebutkan di depan. Next.

Yang berikutnya, pembelajaran diperkuat dengan teknologi, dengan berbagai macam. Maka kalau dulu tiga dekade dulu, empat dekade, lalu praktik boleh, langsung ke pasien. Karena kita belum sadar bahwa itu tidak boleh, sekarang dengan teknologi banyak sekali yang bisa dilakukan untuk memastikan sebelum ke pasien nyata memang sudah siap, sehingga kemudian mengurangi bias-bias dampak yang tidak diinginkan ke pasien. Next.

Yang berikut ... berikutnya adalah AI, yang ini mungkin akan membantu di berbagai sisi yang bisa dimanka ... dimanfaatkan. Next.

Yang tidak kalah penting adalah bagaimana memastikan hasil pendidikan itu kemudian siap untuk kita lepas, maka assesment-nya harus betul. Kalau dulu kala mendidik, menguji, seperti saya angkatan tahun 1990, diuji sekali 30 menit dapat A, atau B, atau A per B, sekarang tidak. Assesment tidak hanya off learning, tapi for learning and as learning. Sehingga di sana, dosen harus memberikan umpan balik yang kuat, harus kemudian berbagai metode dikembangkan dan itu sudah banyak sekali, sehingga training-training terkait assesment juga diperlukan. Next.

Saya kira, kita paham sekali bahwa kita berharap lingkungan pendidikan menjadi lingkungan yang baik untuk berkembang. Dan lingkungan pendidikan di sini ada lingkungan yang bersifat hubungan antarorang, hubungan sosial, fisik virtual maupun organisasional. Ini yang harus disiapkan oleh penyelenggara pendidikan. Next.

Nomor 8. Tentu pendidikan enggak boleh jalan sendiri. Harus berbarengan dengan pengembangan sains dan inovasi yang ini kemudian dibutuhkan berbagai sumber daya manusia yang juga handal di sana. Next. Next.

Sementara ini, potret kondisi pendidikan kedokteran pada akhir tahun lalu. Berapa jumlah yang ada di Indonesia, jumlah prodi sarjana, spesialis, subspecialis, berapa kelulusan yang dihasilkan dan seterusnya. Next.

Berikutnya saya akan sedikit membahas dengan satu slide tentang continuing professional development. Next.

Ibu/Bapak kalau tadi lulus itu minimal kalau spesialis itu adalah dalam tahap consciously competent, sadar saya bisa. Tapi akan banyak hal, keterampilan yang harusnya sampai unconsciously competent. Anytime diminta datang ke rumah sakit untuk emergency, anytime bisa dilakukan. Unconsciously competent. Nah, untuk menjaga consciously competent menuju ke unconsciously ... consciously competent ke

unconsciously competent dan menjaga unconsciously competent ini tetap, maka harus belajar. Karena pada saat tidak belajar akan bisa jatuh pada unconsciously incompetent. Maka dari itu pendidikan kedokteran kesehatan selalu, bahkan setelah lulus, ada banyak berbagai pelatihan workshop untuk hal-hal baru, penguasaan teknologi baru karena bahkan obat yang direkomendasikan 5 tahun lalu mungkin tahun ini sudah tidak boleh dilakukan. Tindakannya dulu menjadi best option mungkin sekarang sudah tidak boleh. Next.

Nah, sekarang kita lihat sebenarnya siapa aktor kunci dari tahapan-tahapan tadi? Saya mohon izin ini kecil sekali, tapi saya ingin menyampaikan bahwa sebelum ada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, bila saya membagi pra pendidikan, fase pendidikan, pasca pendidikan. Pra pendidikan tadi harus ada standarnya, standar ini oleh kolegium, independen di bawah rumah besar organisasi profesi. Fase pendidikan, pelaksanaan pendidikannya itu ada penyelenggaranya FK, tempatnya bisa di rumah sakit dan FK. FK di bawah Kementerian Pendidikan, rumah sakit di bawah Kemenkes, mungkin ada juga pemerintah daerah, kemudian juga rumah sakit PTN ada di bawah Kementerian Pendidikan. Penerbitan sertifikat kompetensi oleh kolegium, yang ini independen di bawah organisasi profesi, penerbitan sertifikat profesi atau dulu ijazah, ijazah dan sertifikat profesi itu berfungsi sama, juga seumur hidup, ini perguruan tinggi, perguruan tinggi di bawah Kementerian Pendidikan. Pascapendidikan perlu registrasi, sehingga negara ini tahu siapa sebenarnya list-list orang-orang yang boleh praktik, yang berhak mempunyai kewenangan itu, itu KKI yang tadi menjaga tentang profesi, standar profesi ini bertanggung jawab langsung ke Presiden, SIP Dinas Kesehatan dengan rekomendasi dari organisasi profesi Dinas Kesehatan ini ada dengan Kemenkes, CPD (Continuing Professional Development) tadi, organisasi profesi, penegakan etik dan disiplin profesi, di dalam organisasi profesi ada organ yang menangani etik dan disiplin profesi.

Sebelum adanya Undang-Undang Nomor 17 ini kita lihat bahwa ini ada beberapa aktor penting yang bersama-sama untuk menjalankan dan menjaga kualitas yang tadi saya sebutkan. Sesudah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, kita lihat standar kompetensi oleh kolegium, disebutkan independen, merupakan kelengkapan konsil, konsil bertanggung jawab kemudian melalui Menteri Kesehatan. Pelaksanaan pendidikan dokter spesialis, penyelenggara fakultas kedokteran dan rumah sakit, kalau tadi fakultas kedokteran. Tempat pendidikannya rumah sakit bisa, fakultas kedokteran bisa. Sehingga di sana fakultas kedokteran di bawah Kementerian Pendidikan, rumah sakit di bawah Kemenkes, tempat pendidikannya tadi ada di bawah Kemenkes, pemda, maupun Kementerian Pendidikan, penerbitan sertifikat kompetensi oleh kolegium, sekali lagi kolegium ini bagian dari konsil dan itu pertanggungjawaban konsil ke Presiden melalui Menteri Kesehatan.

Penerbitan sertifikat profesi perguruan tinggi, kalau dalam undang-undang penyelenggara pendidikan juga boleh, maka ada possibility bahwa penerbitan sertifikat profesi ini kalau dulu hanya Kementerian Pendidikan, mungkin oleh undang-undang ini menjadi ada kementerian yang lain. Registrasi konsil yang bertanggung jawab ke Presiden melalui Menteri Kesehatan, SIP, pemda kabupaten/kota, dan dalam kondisi tertentu menteri dapat menerbitkan SIP, ini di bawah Pemda Kemenkes, CPD pemerintah pusat dan lembaga pelatihan terakreditasi oleh pemerintah pusat di bawah Kemenkes, penegakan etik dan disiplin profesi, menteri membentuk majelis di bidang Disiplin Profesi Kemenkes. Kita lihat dari hulu ke hilir ada pergeseran yang luar biasa besar. Dari hulu ke hilir, berbeda dengan yang sebelumnya. Next.

Saya mohon izin, walaupun tadi pembicaraan sebelumnya setelah menyampaikan dengan detail, apakah kolegium di berbagai negara berada di bawah Ministry of Health? Umumnya tidak. Saya mengambil contoh dari berbagai negara, tadi sudah disampaikan juga, mengapa tidak? Pertanyaannya mengapa tidak? Karena ada potensi bahaya bila kolegium berada di bawah Kementerian Kesehatan. Satu konflik kepentingan dan politisasi standar, turunnya independensi ilmiah, mengikis prinsip self-regulation, due process, dan keadilan disiplin melemah, kepercayaan publik dan rekognisi internasional bisa menurun, inovasi dan respons kurikulum bisa terhambat, risiko monokultur kebijakan, hilangnya check and balance. Next.

Dengan dua sistem pendidikan tadi, ada yang mengatakan its good because it's multi-entry, but menurut saya tidak. Karena ada bahaya fragmentasi standar dan kualitas, ada tumpang tindih kewenangan yang tidak perlu. Ada kebingungan publik, pengakuan dan mobilitas internasional mungkin terganggu, bisa terjadi duplikasi biaya dan SDM unnecessary, dan sulit menyelaraskan pendidikan pelayanan riset, agenda riset, dan guideline terbelah. Dan yang cukup menyedihkan di grassroot terjadi kompetisi, padahal seharusnya produksi yang dibutuhkan adalah untuk negara, bukan untuk suatu kepentingan aktor. Next.

Nah, dari konteks pemaparan dari perspektif pendidikan kedokteran dan kesehatan tadi, saya mohon izin untuk menyampaikan pandangan terkait tiga perkara di siang hari ini. Perkara nomor satu ... perkara yang pertama Nomor 111 intinya adalah terkait kolegium dan pengawasan terhadap setiap penyelenggaraan kesehatan. Perkara Nomor 156 terkait dengan penegakan disiplin tenaga medis dan tenaga kesehatan. Perkara Nomor 182 ini cukup banyak, namun saya mencoba membaca ini terkait dengan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan, pengelolaan kecukupan SKP, rekomendasi SIP, keanggotaan konsil, kolegium, standarisasi profesi tenaga medis, pidana bagi yang mempekerjakan nakes tanpa SIP, dan pencabutan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Next.

Perkara pertama, kolegium. Idealnya independen, bebas dari intervensi, tekanan intimidasi politik dan kekuasaan, melakukan perannya berbasis pada bukti ilmiah. Di Undang-Undang 17/2023, kolegium merupakan kelengkapan konsil, sementara konsil kesehatan di bawah Kementerian Kesehatan, hal ini rawan dimanfaatkan untuk kepentingan kekuasaan. Pasal 451 Undang-Undang 17 Tahun 2023 telah meniadakan kolegium yang dibentuk oleh organisasi profesi tanpa evaluasi yang sistematis, menisbikan peran besar yang telah dilakukan kolegium selama ini. Hal ini dapat menimbulkan risiko strategis terhadap mutu pendidikan dan pelayanan saat ini dan ke depan. Next.

Berikutnya adalah terkait penegakan disiplin tenaga medis dan tenaga kesehatan yang terkait dengan Perkara Nomor 156. Seperti paparan saya tadi dalam menjalankan tugasnya, dokter dipandu oleh sumpah. Membaktikan hidup demi kepentingan kemanusiaan dan tidak akan menggunakan pengetahuannya untuk sesuatu yang bertentangan dengan perikemanusiaan sekalipun diancam. Ilmu kedokteran sering berhubungan dengan probabilitas, bukan kepastian. Sementara setiap pasien ini, setiap kita yang ada di ruangan ini sangat unik, sangat tidak sama, tubuh kita bisa memberikan respons yang berbeda-beda terhadap treatment yang sama berdasarkan diagnosis yang sama. Sangat tidak tepat dan tidak adil bila dalam proses pelaksanaan profesi memberikan hasil yang tidak sesuai harapan pasien, kemudian dilaporkan sebagai tindak pidana malapraktik. Sehingga review dari peer group sesama dokter untuk memastikan apakah ada pelanggaran etika, standar profesi, standar pelayanan atau standar prosedur operasional harus dilakukan sebelum dikenai, baik perdata dan/atau pidana. Next.

Yang berikutnya, terkait Perkara Nomor 182 dalam hal pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta pengelolaan kecukupan SKP. Seperti yang saya sampaikan, CPD adalah keniscayaan. CPD wajib dilakukan oleh semua dokter. Pengambilalihan latihan dan/atau kegiatan peningkatan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan dari organisasi atau ikatan profesi ke pemerintah pusat dan/atau lembaga pelatihan yang terakreditasi oleh pemerintah pusat seperti diatur dalam Pasal 258 ayat (2) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 menurut kami tidak tepat. Organisasi profesi atau ikatan profesi sebagai union justru berkewajiban untuk menjaga welfare membeinya. Salah satu welfare itu adalah memfasilitasi peningkatan kompetensi anggotanya melalui berbagai kegiatan pengembangan profesional berkelanjutan. Namun ada catatan, yang perlu ditingkatkan sebenarnya adalah aksesibilitas untuk tenaga medis dari Sabang sampai Merauke, urban dan rural. Standardisasi pelaksanaan CPD, kualitas isi dan metode pembelajaran terutama yang berfokus pada kemampuan hard skill, keterbukaan pengelolaan dana dan keterbukaan pemberian SKP. Next.

Yang berikutnya adalah terkait dengan rekomendasi SIP. Para Hakim Konstitusi yang kami hormati, sepemahaman saya, kepengurusan

organisasi profesi telah mapan mulai dari tingkat pusat sampai daerah, pengorganisasiannya. Tentu ada sisi positif, pemberian rekomendasi SIP oleh organisasi profesi. Karena mempunyai pengurusan sampai tingkat yang kecil, tidak hanya di pusat. Misalnya, ada kesejawatan yang terjalin dengan anggota baru, dengan mengetahui ada anggota baru di daerah tersebut, organisasi profesi atau ikatan profesi dapat melakukan pembinaan pelaksanaan kode etik dan standar profesi. Yang perlu dicegah adalah penyalahgunaan. Next.

Keanggotaan konsil dan kolegium-kolegium sudah saya sebutkan, jadi mohon izin untuk memfokuskan pada keanggotaan konsil. Keberadaan Konsil Kesehatan Indonesia yang berada di bawah kementerian dapat menjadi tidak independen dalam pelaksanaan fungsi dan tugasnya. Mungkin dapat menjadi alat untuk tujuan yang tidak sejalan dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan dan ketahanan kesehatan Indonesia. Konsil berdiri secara mandiri sebagai lembaga nonstruktural, bertanggung jawab secara langsung kepada Presiden, seperti halnya Konsil Kedokteran Indonesia. Keanggotaan konsil mungkin lebih tepat mewakili unsur dari ikatan atau organisasi profesi tenaga medis dan profesi tenaga kesehatan bukan individual. Karena akan menjadi lebih representatif dan lebih akuntabel karena anggotanya bisa mempertanyakan apa yang telah diperjuangkan dan dilakukan di sana. Next.

Standardisasi profesi tenaga medis berdasarkan Pasal 291 ayat (2), "Standar profesi disusun oleh konsil serta kolegium dan ditetapkan oleh menteri."

Bila penyusunan standar profesi menjadi tidak independen, sepihak, tidak sesuai dengan best practice yang berbasis bukti, dan tidak sesuai dengan profesi itu sendiri, maka akan mencederai dari apa yang dibutuhkan untuk pengembangan dan kemandirian profesi itu. Penyusunan standar profesi seharusnya melibatkan berbagai pihak secara bermakna. Next.

Pidana bagi yang mempekerjakan nakes dan named tanpa SIP, sanksi pidana dapat mendorong orang menjadi patuh terhadap peraturan sesuai dengan teori behaviorisme, dan untuk mencegah orang yang tidak berhak tidak mempunyai kewenangan berpraktik atau melakukan praktik. Namun perlu dilakukan sosialisasi yang menyeluruh dan terus-menerus, dan bahkan dibuat sistem reminder, warning, berulang yang mudah diakses setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan, dan institusi yang mempekerjakan, sehingga dapat dicegah untuk yang semua praktik mempunyai SIP dan diurus sebelum SIP habis untuk menghindari pidana tersebut yang tidak perlu. Next. Next.

Ibu/Bapak, saya meyakini kita semua ada di ruangan ini dalam rangka dengan peran kita masing-masing kita ingin berkontribusi sesedikit apapun untuk mewujudkan apa yang ditulis dan diamanahkan di Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H bahwa hak hidup sejahtera

lahir-batin bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan, ini menjadi hak kita.

Saya akan menutup dengan slide ini. Dokter berasal dari kata *docere*, to teach, future of good medical practice depend on good teaching now and in the future. Siapa yang harus menjaga profesi kedokteran kesehatan dan kita semua. Bila kita salah untuk mengambil langkah bisa jadi kita akan menjadi bagian yang terkena dampak negatif pada saat kita sakit, pada saat orang-orang yang kita cintai sakit, dan saat dampak itu ada, maka tentu menjadi tidak mudah untuk membalikkan.

Terima kasih semoga bermanfaat bagi Yang Mulia dan yang terhormat Para Hakim Mahkamah Konstitusi untuk membuat keputusan yang bijak yang kita harapkan bersama.

Terima kasih. Selamat siang. Salam sehat. Wassalamualaikum wr. wb.

44. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [01:10:57]

Wassalamualaikum wr. wb. Terima kasih, Prof. Ini mendengar penjelasan Beliau, tidak menyesal saya tidak masuk fakultas kedokteran.

Kini waktunya untuk Ahli, Pak dr. Iqbal Mochtar dan Ibu Prof. Gandes, untuk mendengar pendalaman kalau ada daripada Para Hakim. Dipersilakan yang pertama Pak Arsul, Prof. Enny, silakan. Ini kok jadi takut Hakim bertanya ini? Silakan, Prof. Enny, ada yang dialami.

45. HAKIM ANGGOTA: ENNY NURBANINGSIH [01:11:58]

Baik, terima kasih kepada Prof. Iqbal dan Prof. Gandes, saya sedikit sekali karena sudah cukup lengkap yang disampaikan tadi oleh kedua Ahli. Jadi, ini begini, tadi dari paparan Prof. Gandes itu mengatakan bahwa ini kan umumnya kolegium itu seolah-olah istilahnya memang independen, disebutkan dalam undang-undang, independen. Tetapi pada kenyataannya dari (suara tidak terdengar jelas) mengatakan, independensinya masih harus dipertanyakan ini di situ. Sementara kalau di bawah organisasi profesi itu, apakah menjadi juga lebih independen di situ? Karena di situ juga independen, tetapi kan ini juga di bawah organisasi profesi. Sebetulnya plus minusnya seperti apa, Prof? Ini di bawah organisasi profesi, kemudian yang satunya lagi kemudian di bawah konsil, tetapi sebetulnya konsil ini di bawah Kementerian Kesehatan. Ini lebih lihat plus minusnya seperti apa? Itu saja sebetulnya. Terima kasih.

46. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [01:13:02]

Pak ... Yang Mulia Pak Arsul, silakan.

47. HAKIM ANGGOTA: ARSUL SANI [01:13:06]

Terima kasih, Yang Mulia Pak Wakil.

Terima kasih kepada Pak Dr. Iqbal Mochtar dan Prof. Gandes Retno Rahayu yang saya kira siang ini memberikan perspektif baru, bukan kepada barangkali Pemohon, Pemerintah, dan itu, tetapi paling tidak kepada Para Hakim Konstitusi. Saya tentu ingin mendalami berdasarkan sependek pengetahuan saya, ya, terkait dengan dunia kedokteran maupun dunia kesehatan, ya. Jadi, karena pengetahuannya pendek, maka tentu saya akan menyampaikan dan tentu mohon kemudian perspektif dari kedua Ahli, tentang apa juga yang dirasakan oleh masyarakat.

Pertama saya ingin menyampaikan dari apa yang menjadi dasar dari Presiden dan juga DPR, selaku pembuat undang-undang, ya. Bahwa tentu pemerintahan negara dalam hal ini secara luas memiliki tanggung jawab untuk mewujudkan tujuan bernegara kita. Yang antara lain tentu memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa. Itulah dasar dari politik hukum yang kemudian tertuang dalam Undang-Undang 17/2023, Undang-Undang Kesehatan. Nah, di sisi lain dari perspektif masyarakat, ya, selama ini dengan rezim pelayanan kesehatan yang ada, ya, dimana ada independensi kolegium, ada pemisahan antara konsil kedokteran dan konsil kesehatan, dan lain sebagainya. Juga, ini belum tentu tepat istilah saya, ya, Prof. Gandes dan Pak Dr. Iqbal, itu belum kemudian membuat dunia pelayanan kesehatan Indonesia itu memuaskannya, ya. Kalau kita lihat yang terakhir saja misalnya, ya, ada devisa kita yang dipergunakan oleh rakyat Indonesia untuk pelayanan kesehatan di luar negeri yang kalau menurut pemberitaan di pertengahan tahun ini, itu sudah angkanya mencapai 200, hampir 200 triliun. Ini kan tidak terlepas juga dari situasi, ya, yang ada dalam apa ... dunia pelayanan kesehatan kita. Pembentuk undang-undang kemudian menjawabnya dengan quote unquote dalam bahasa saya melakukan revolusi. Katakanlah dari tadinya rezim fully self-regulated menjadi rezim nearly fully government regulated, kan seperti itu. Nah, barangkali perspektif yang saya ingin dengar juga dari Pak dr. Iqbal dan Prof. Gandes adalah, ya, bagi kami di Mahkamah. Kira-kira jalan tengahnya apa? Atau sebetulnya sejauh mana walaupun ada pergeseran dari yang rezim yang saya sebut sebagai fully self-regulated itu, ya, tapi juga tidak kemudian berubah menjadi nearly fully government regulated. Itu yang saya kira diperlukan, ya.

Karena saya kebetulan, Prof. Gandes, Pak dr. Iqbal, pernah ada di Senayan selama dua periode. Saya merasakan juga bagaimana keluhan

masyarakat kita terhadap dunia layanan kesehatan kita. Dari keluhan masyarakat yang di bawah menengah sampai yang di atas, ya. Kenapa kok sedikit-sedikit ke Singapura, sedikit-sedikit ke Penang, sekarang ke Guangzhou, dan lain sebagainya. Nah, ini secara garis besar, secara global sebetulnya kami ingin juga mendengar perspektif. Sebab kalau tadi saya dengarkan, ya, ini mohon maaf kalau saya salah dengar, Pak dr. Iqbal dan Prof. Gandes adalah ada kecenderungan untuk, artinya, ya, meskipun sangat argumentatif dan reasonable buat saya, itu untuk mempertahankan katakanlah kondisi status quo yang ada. Padahal, dalam perspektif dunia non-kesehatan itu juga melihat ada ma ... masalah. Nah, itu yang sebetulnya kami juga ingin mendengar juga kira-kira mestinya pun kalau ada pergeseran katakanlah dari fully self-regulated itu tidak sejauh itu. Kira-kira seperti itu.

Saya kira itu, Pak Wakil, terima kasih.

48. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [01:18:43]

Terima kasih.

Yang lain? Cukup.

Mungkin yang kedua Ahli bisa lebih memberikan di luar yang ditanyakan tadi soal rumah sakit pendidikan. Ini dengan ... apa yang membedakan rumah sakit pendidikan dengan ... apa namanya ... fakultas kedokteran yang menyelenggarakan pendidikan untuk calon profesi dokter itu antara undang-undang yang sebelumnya dengan yang sekarang? Kami mendengar di beberapa keterangan yang sebelumnya, itu sekarang kan seperti ... apa namanya... ada kayak rebutan antara fakultas kedokteran dengan rumah sakit pendidikan. Yang satu payungnya itu Kementerian Pendidikan, yang satu payungnya itu adalah Kementerian Kesehatan. Kira-kira kalau desain yang ada di undang-undang sekarang itu apa sih bagusnya dan apa lemahnya? Yang lama itu apa bagusnya dan apa lemahnya? Kira-kira di titik mana kita harus berpijak? Supaya target seperti yang dikatakan Prof. Gandes tadi, Pak Dr. Iqbal, bahwa salah satu poin bagaimana mendidik calon dokter. Nah, kalau tempatnya rebutan, itu bisa jadi akan ada disharmony dan segala macam. Kira-kira bagaimana ini mencarikan titik tengahnya di antara dua soal ini? Agar nanti tenaga kesehatan, terutama dokter yang dihasilkan, itu bisa mengabdikan dalam pengertian, tidak hasil produk dua institusi yang "rebutan" tadi. Terima kasih.

Mungkin yang pertama, kita minta dulu kesediaan Bapak Dr. Iqbal untuk memberikan respons terhadap pertanyaan-pertanyaan atau pendalaman dari Majelis Hakim tadi. Disilakan, Pak Iqbal.

49. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [01:20:49]

Terima kasih, Yang Mulia Hakim Konstitusi Pak Saldi Isra.

Saya kira yang pertama saya akan mencoba menjawab pertanyaan dari Yang Mulia Hakim Ibu Enny. Di sini dipertanyakan sebenarnya model bagaimana yang paling baik, karena di satu sisi kolegium itu ada di bawah organisasi profesi, kemudian yang lain itu di sisi lain adalah di bawah Menteri Kesehatan.

Saya kira statement ini perlu kita sedikit justify dulu. Jadi, sebenarnya kolegium itu tidak pernah sama sekali berada di bawah organisasi profesi. Walaupun ... walaupun secara administrasi, secara struktural, secara form, secara ... secara letterlijk, itu memang yang menandatangani itu adalah organisasi profesi. Tetapi kolegium sendiri itu merupakan sebuah institusi yang berdiri sendiri secara independen. Dan di dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari, organisasi profesi tidak pernah terlibat dalam keputusan yang diambil oleh kolegium. Akan sangat banyak contoh yang bisa kita berikan bagaimana sebenarnya kolegium itu tidak betul-betul terkait dengan organisasi profesi. Mungkin nanti secara detail kita jelaskan.

Tetapi intinya di sini, saya menyampaikan bahwa sebenarnya walaupun secara letterlijk itu di bawah organisasi profesi, tetapi tidak ada satupun kegiatannya itu yang dipengaruhi oleh organisasi profesi. Kalau misalnya ini dibawa oleh Kementerian Kesehatan, ini jelas merupakan deviasi, anomali. Karena di dunia ini tidak ada satu pun negara dimana kolegium itu berada di bawah pemerintah. Apa yang kita takutkan kalau kolegium itu berada di bawah pemerintah? Itu adanya justifikasi program. Jadi, pemerintah itu bisa menggunakan kolegium ini sebagai senjata untuk memuluskan program mereka.

Saya berikan contoh tadi, saya gambarkan bagaimana beberapa waktu yang lalu muncul narasi yang dikemukakan oleh Menteri Kesehatan. Jadi, narasi itu diangkat. Kemudian, beliau mencoba mendekati Kolegium Jantung Kardiofaskuner karena menganggap bahwa di Indonesia ini jumlah dokter jantung kurang dan mereka membutuhkan tindakan intervensi, maka muncul narasi dari Menteri Kesehatan bahwa dokter umum yang dididik selama beberapa bulan menjalani tindakan intervensi itu nanti bisa diberikan kompetensi melakukan tindakan pemasangan ring jantung.

Ini tentu merupakan hal yang sangat berbahaya. Kenapa? Karena untuk sampai pada level bisa melakukan tindakan intervensi, seorang dokter itu harus menjadi kardiolog dulu selama 4 sampai 5 tahun. Setelah itu, dia harus melanjutkan interventionist program lagi selama sekitar 2 tahun. Jadi, practically dibutuhkan 7 tahun sebelum dikatakan bahwa dia itu kompeten untuk melakukan tindakan intervensi atau pemasangan cincin jantung. Bahkan walaupun sudah menjadi interventionist, itu membutuhkan jam terbang yang cukup tinggi sebelum dapat dikatakan ahli. Kalau ujug-ujug, tiba-tiba ada program yang kemudian membolehkan dokter umum yang dilatih beberapa bulan melakukan tindakan pemasangan ring jantung, ini bukan hanya tidak

profesional, tetapi sangat berbahaya bagi keselamatan dan kesehatan pasien. Kira-kira bisa dibayangkan, bagaimana kalau ada keluarga kita yang mengalami blok jantung, katakanlah blok jantung pada tiga area, terus tiba-tiba yang akan menangani pemasangan cincin jantungnya itu adalah dokter yang dilatih beberapa bulan. Kita tentu tidak bisa menerima hal ini karena ini memang di luar nalar kita dan itu tidak ada satu pun di dunia yang membolehkan kompetensi berdasar pelatihan selama beberapa bulan ini. Ini merupakan salah satu ... salah satu contoh bagaimana betapa risikonya apabila kolegium ini di bawah Kementerian Kesehatan. Dan kalau ini terjadi, berbagai program-program yang memudahkan atau menurunkan standar kompetensi itu bisa terjadi.

Kalau saya ditanya, yang idealnya sebenarnya bagaimana? Yang idealnya kolegium itu sebenarnya memang harus sangat independen, sangat independen, berdiri sendiri. Bahkan kalau perlu Presiden sendiri yang mengeluarkan surat penunjukan ... surat penunjukan dari anggota-anggota kolegium tersebut berdasar masukan dari para anggota kolegium. Jadi, sama sekali tidak ada yang membawahi dia. Jadi, betul-betul dia merupakan the custodian of knowledge, pengampu dari ilmu kedokteran tersebut. Ini yang pertama untuk Yang Mulia Ibu Enny.

Kemudian yang kedua, kepada Yang Mulia Bapak Arsul Sani. Tadi ditanyakan bahwa kita sebenarnya ini merupakan sebuah pendulum yang bergerak dari ekstrem kiri ke ekstrem kanan (...)

50. HAKIM ANGGOTA: ENNY NURBANINGSIH [01:26:00]

Mohon izin, Pak ... Prof. Iqbal.

51. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [01:24:04]

Ya, Bu.

52. HAKIM ANGGOTA: ENNY NURBANINGSIH [01:26:04]

Kalau tadi dari paparannya, kalau memang kemudian kolegium itu dalam pemikiran Ahli benar-benar dia adalah sesuatu yang independen, ya, supaya tidak ada kemudian kontaminasi, termasuk terkait dengan keilmuan itu di dalamnya. Terus, pengawasannya harus seperti apa nanti terhadap kolegium itu sendiri untuk pengawasannya? Apakah tidak ada pengawasan sama sekali?

53. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [01:24:28]

Pengelawal ... pengawasannya itu berdasarkan self-regulation. Jadi, sebenarnya begini, saya mencoba melihat contoh di berbagai

negara maju dari mereka memberi advisory board. Jadi, advisory board itu memang dipilih oleh kolegium tersebut, dimana yang terpilih ini betul-betul orang yang sangat mumpuni, karena mereka tahu. Jadi, di dalam sebuah kolegium, dalam sebuah profesi itu mereka tahu, siapa sebenarnya orang-orang yang paling mumpuni, yang memiliki etika paling tinggi, yang tidak pernah melakukan tindakan tercela, tidak pernah melanggar etika, mereka itu tahu.

Nah, mereka inilah yang dipilih sebagai advisory board. Jadi, semacam badan pengawas yang mengawasi institusi ini. Itu beda dengan kalau misalnya penunjukan yang dilakukan oleh Menteri Kesehatan. Beberapa waktu yang lalu, penunjukan anggota kolegium itu dilakukan melalui voting ... voting idol. Jadi, Menteri Kesehatan itu membuka online ... online voting, ya, dimana semua orang bisa memilih siapa yang dia inginkan. Jadi, di sini akan terlihat bahwa betapa kita bisa secara scapter memilih orang lain yang kita tidak tahu. Kita tidak kenal orang tersebut, tapi kita masukkan namanya. Apa yang terjadi? Boleh jadi yang muncul sebagai suara tertinggi adalah orang yang terpopuler, tapi belum tentu yang memiliki integritas yang tinggi. Itu beda dengan misalnya kalau yang menentukan advisory board itu adalah orang-orang yang memang berkecimpung puluhan tahun di bidang tersebut.

Jadi, misalnya ... katakanlah misalnya kita kasih bidang bedah toraks, tentu orang yang berkecimpung di bidang bedah toraks itu selama puluhan tahun tahu siapa sebenarnya orang yang paling berdedikasi di bidang tersebut. Mereka itu tahu dan itu yang mereka tunjuk sebagai advisory board. Jadi, bukan secara scapter kita memilih berdasar anjuran dari a atau berdasar desakan dari b. Tidak. Tetapi mereka tahu bahwa di dalam bidang ini, inilah orang-orang yang paling mumpuni. Dan itu yang mereka pilih sebagai advisory board. Itu adalah contoh yang ada di ... di Inggris dan di Amerika, Bu Enny.

54. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [01:28:39]

Cukup? Masih ada yang mau direspons? Silakan!

55. AHLI DARI MK: IQBAL MOCHTAR [01:28:40]

Sekarang yang kedua mungkin ke Yang Mulia Bapak Arsul Sani. Tadi telah disebutkan bahwa kita sebenarnya bergerak seperti pendulum. Dari pendulum kiri yang sangat ekstrem kepada pendulum kanan yang sangat ekstrem. Saya sepakat bahwa sebenarnya memang semua tujuan kita bernegara itu adalah untuk memajukan kesejahteraan umum dan memperbaiki kesehatan masyarakat. Tetapi di dalam berproses seperti ini, kita perlu rasional dan perlu lebih wise. Jadi, maksud saya begini, selama ini Indonesia ini dibangun oleh institusi-institusi yang akan dibubarkan ini. Jadi, kolegium ini telah puluhan tahun

ada di Indonesia dan telah berkontribusi untuk menghasilkan lebih 60.000 dokter spesialis. Itu tiba-tiba mau dibubarkan, kemudian mau dibentuk kolegium yang baru. Pertanyaan saya, apa kendalanya? Apa masalahnya? Apa yang menjadi weakness-nya? Kalaupun ada weakness tersebut, mungkin baiknya weakness-nya itu kita perbaiki. Jadi, ibaratnya kita punya sebuah rumah yang mungkin gentingnya bocor atau jendelanya itu rusak. Janganlah kemudian rumah ini kita rubuhkan. Kita perbaiki, jendelanya kita ganti, atapnya kita tambal. Kalau kita rubuhkan, itu akan memberikan risiko yang jauh lebih besar. Sekarang kita bisa bayangkan bagaimana kolegium yang telah ada puluhan tahun di berbagai disiplin ilmu yang telah menghasilkan lebih 60.000 dokter spesialis, tiba-tiba diganti oleh kolegium bentukan Kementerian Kesehatan. Dengan segala risikonya. Itu kira-kira bagaimana ke depannya dunia kedokteran kita.

Nah, ini juga terkait mungkin ... jadi kalau saya sarankan di sini, kalau memang kita ingin membuat negeri ini lebih bagus, kalau kita ingin melakukan perbaikan, janganlah kita melakukan perbaikan itu secara revolusioner tanpa kita tahu bahwa apa yang kita lakukan ini memiliki evidence based. Ini kan semua yang dilakukan oleh Menteri Kesehatan ini hanya berdasar asumsi, berdasar pendapat, berdasar perkiraan. Dia enggak punya sama sekali evidence based bahwa kolegium di bawah Kementerian Kesehatan itu lebih bagus daripada kolegium yang dibentuk oleh mereka sendiri. Itu enggak ada buktinya. Termasuk dengan hospital based misalnya. Apakah ada bukti bahwa hospital based itu lebih bagus daripada university base? Itu enggak ada. Jadi, semua yang dilakukan ini hanya berdasar intuisi-intuisi, berdasar self-perspective tanpa ada bukti yang jelas.

Termasuk misalnya di dalam hal ini misalnya bentukan konsil. Kita tahu bahwa konsil di seluruh dunia itu menganut prinsip yang sama. Ada yang namanya konsil bidang kedokteran, medical council, dan ada konsil tenaga kesehatan. Kenapa tiba-tiba ujuk-ujuk ini semua disatukan? Apa kendala yang ada selama ini? Apakah memang selama ini katakanlah misalnya dengan konsil kedokteran itu ada korupsi besar-besaran di sana, atau adakah fraud, atau adakah hal yang bisa secara morality memang sangat berbahaya, atau hanya keinginan dari Menteri Kesehatan ingin membuat legion, ingin membuat bahwa dia membangun sebuah paradigma baru, atau dia ingin membentuk katakanlah bahwa saya ini berhasil meningkatkan sebuah legasi. Saya kira legasi tidak akan memberikan apa-apa kalau apa yang kita inovasikan itu tidak memiliki bukti yang jelas.

Nah, jadi menurut saya untuk menjawab pertanyaan Yang Mulia Arsul Sani, barangkali di sini kita perlu lebih bijak. Jadi jangan kita mengambil prinsip all or none, jangan kita mengambil prinsip menghancurkan yang ada kemudian membangun yang baru yang kita sendiri tidak tahu. Sebenarnya Kementerian Kesehatan di sini bisa lebih

wise dengan mengajak semua institusi atau stakeholder yang ada untuk bekerja sama untuk duduk bersama membicarakan hal ini, dimana mereka semua bisa menjadi win-win solution. Jadi jangan ada kemudian di satu sisi dianggap bahwa organisasi profesi merupakan superpower, tetapi kemudian ketika dia mengganti digma itu, justru yang menjadi superpower adalah Menteri Kesehatan. Sebenarnya marilah Menteri Kesehatan itu duduk bersama dengan organisasi profesi dan stakeholder yang lain untuk membicarakan semua ini. Jangan karena saya Menteri Kesehatan bahwa ... berarti bahwa saya memiliki hak untuk govern everything. Itu ... itu yang barangkali kita perlu diskusikan secara lebih bijak.

Nah, ini terkait juga dengan pertanyaan Yang Mulia Bapak Saldi Isra. Akhir-akhir ini berkembang wacana tentang hospital based. Jadi selama ini memang (ucapan tidak terdengar jelas) spesialis pendidikan dokter spesialis itu dilaksanakan oleh universitas, kemudian Menteri Kesehatan berargumentasi bahwa jumlah dokter di Indonesia itu sangat kurang.

Yang pertama, kalau kita mengandalkan pada asumsi ini, bukan hanya di Indonesia, semua dokter di negara-negara maju itu kurang. Di Amerika, jumlah dokter itu sangat kurang dan karena itu mereka mengimpor dokter-dokter luar negeri, dari Eropa, dari Filipina, dari India, itu kurang, sangat total, apalagi di daerah-daerah (ucapan tidak terdengar jelas). Di Australia begitu, sangat kurang. Di Inggris pun begitu, sangat kurang. Tidak ada satu pun negara di dunia saat ini yang memiliki kecukupan jumlah dokter spesialis. Kekurangan ini tentu saja bisa kita perbaiki. Tetapi dengan jalan yang rasional dan masuk akal. Kalau memang jumlah dokter spesialis itu kurang, kenapa bukan jumlah dokter spesialis, alokasi jumlah spesialis, kota jumlah dokter spesialis itu yang kita tambah. Kenapa kita justru membuat hospital based yang sebenarnya hospital based sendiri itu belum memiliki evidence based yang jelas di dalam peningkatan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan. Itu yang pertama.

Kemudian yang kedua, resources yang akan digunakan itu sama, sama. Jadi rumah sakit pendidikan yang selama ini digunakan university based, jadi dosen-dosennya, dokter-dokternya yang ada di sana, itu kemudian juga yang akan digunakan hospital based itu. Jadi, hospital based itu sebenarnya esensinya itu bahwa yang mendidik dan mengeluarkan ijazah spesialisnya itu adalah rumah sakit, bukan universitas. Itu sebenarnya intinya. Alasannya karena universitas selama ini gagal memproduksi jumlah dokter spesialis yang cukup.

Nah, pertanyaan yang berikutnya sebenarnya bukan hanya terkait universitasnya, tetapi bagaimana rasio antara anak didik dengan dosen didik. Sekarang universitas sendiri menggunakan rumah sakit pendidikan itu. Kemudian, datang hospital based juga menggunakan rumah sakit pendidikan itu, tidak ada peningkatan jumlah tenaga pengajar, tidak ada

peningkatan jumlah alat, tidak ada peningkatan jumlah sarana. Maka yang terjadi ini adalah penumpukan anak-anak didik, sementara sarana tenaga pengajar itu jumlahnya terbatas. Jadi apa bedanya, gitu? Jadi, nanti akan kita ... akan kita lihat bahwa ada satu pasien yang akan menjalani operasi tiroid misalnya, itu akan dikerubuti oleh begitu banyak adik-adik yang sementara mengikuti pendidikan spesialis. Kita tidak akan bisa memperbaiki distribusi jumlah dokter spesialis di Indonesia kalau kita tidak meningkatkan kapasitas pelatihnya, dokter yang akan me-coach-nya, sarananya. Itu tidak bisa. Dengan hospital based ini mereka tidak memperbaiki apa-apa. Mereka hanya mengubah venue dari university based itu ke hospital based dengan harapan bahwa rumah sakit bisa mengeluarkan sertifikat.

Pertanyaannya sekarang, untuk apa kita menganut hospital based kalau yang di university based itu bisa kita perbaiki? Katakanlah misalnya kuota university based itu kurang. Ya, kita tambahlah kuotanya, tanpa perlu mengubah menjadi university based. Kalau misalnya katakanlah residence itu enggak dibayar. Ya, kita bayarlah. Dan kan memang undang-undang sejak beberapa tahun ... puluh tahun yang lalu memang sudah memandatkan bahwa dokter yang menjalani residensi itu harus dibayar. Harus dibayar. Tapi itu tidak dilaksanakan oleh pemerintah. Nah, sekarang itu yang kita perbaiki.

Jadi, maksud saya begini, kita tidak usah merombak sesuatu hal itu secara frontal. Mari kita gunakan apa yang ada, kita perbaiki apa yang ada. Segala hal-hal yang tercederai pada waktu sebelumnya itu kita perbaiki. Agar supaya apa? Kita tidak menuju dari satu spektrum ke spektrum lainnya. Kita sendiri tidak tahu bagaimana ke depannya. Enggak ada yang bisa ... enggak ada yang bisa meramal atau memberikan asumsi apa yang terjadi dengan kolegium kalau kolegium ini di bawah Kemenkes, bahkan mungkin akan lebih banyak efek negatifnya. Atau misalnya hospital based, siapa yang bisa menyebutkan bahwa hospital based itu lebih bagus dari university based? Setiap negara di dunia ini memiliki sistem yang berbeda dan mereka menggunakan sistem university atau hospital based yang berbeda. Apa yang terjadi di Inggris belum tentu compatible dengan terjadi dengan kita di Indonesia. Selalu disebutkan bahwa oh, kita kan mau mencontoh Amerika, kita mau mencontoh Inggris, dan sebagainya. Pertanyaan saya, apakah kita berani mencontoh penggajian mereka? Berani enggak, kita menggaji dokter ratusan juta per bulan? Jadi, kita jangan mencontoh yang sifatnya hanya parsial. Kita mencontoh secara (suara tidak terdengar jelas). Karena kalau kita mencontoh secara imparsial, hasilnya tidak akan efektif.

Kita mau mencontoh katakan hospital based di Inggris, tetapi kita tidak memberikan penggajian yang relevan kepada PPDS. Saya dulu di Inggris, tahun 2003, per jam itu ... per jam itu dokter spesialis residensi itu mendapat 12 pound per jam. Per jam mereka bekerja. Jadi, kalau

dikali 8 jam per hari, mereka sudah dapat hampir ratusan pound per hari. Di Indonesia, apakah ini ada? Lantas kita mencontoh hospital based, tetapi kita tidak menyiapkan pembayaran bagi mereka. Ini yang saya sebut kerancuan. Dan kalau ini terjadi terus-menerus, ini menimbulkan bahaya yang sangat signifikan dan bagi dunia kesehatan Indonesia ke depan.

Saya kira sementara dari saya, Bapak Yang Mulia Saldi. Terima kasih.

56. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [01:39:55]

Terima kasih.
Prof. Gandes, dipersilakan.

57. AHLI DARI MK: GANDES RETNO RAHAYU [01:39:59]

Terima kasih Yang Mulia Prof. Saldi Isra. Yang pertama, tanggapan saya terhadap pendalaman dari Yang Mulia Prof. Enny. Lantas siapa yang akan mengawasi, observing kolegium? Karena tugas utama kolegium ini adalah penjaga keilmuan, kolegium-kolegium ini di dunia ini saling berinteraksi, saling belajar dan pasti kemudian tidak ada yang ingin tertinggal atau menggunakan pendekatan-pendekatan absolut yang di tempat lain sudah tidak ada. Ini seperti learning organization, tapi terkoneksi dan koneksinya ini meliputi berbagai aspek. Dari kompetensinya apa, "Oh di sana diajarkan begini, ini begini, ini begini," tidak. Approach pendidikannya sampai bagaimana me-assess. Saat ini konferensi-konferensi pertemuan ilmiah di tingkat internasional telah ada yang khusus hanya membicarakan aspek education dari residency program. Dan di sana itu saling belajar, itulah kontrol oleh peer secara keilmuan. Mereka saling belajar. Ternyata kalau metode assessment saya tidak menggunakan workplace based assessment, maka itu sudah jadul, maka akan berubah. Saya mencontohkan sekian tahun yang lalu jauh sebelum Covid saya mendampingi salah satu kolegium ortopedi, bagaimana mendesain ujian kompetensi, ya, itu membuat benchmark dengan Australia. Kemudian kita kritisi bersama-sama. Oke, Australia memakai seperti ini, kalau diterapkan di Indonesia, menurut saya dengan yang saya pelajari, maka gunakanlah long case, tapi beberapa station. Maka validitas reliabilitasnya seperti ini. Sekarang muncul di tempat lain adanya metode yang baru, mari kita kritisi and then how can we apply in Indonesian context? Tapi apa pegangannya? Kalau assessment misalnya validitas reliabilitas, itu yang kita pegang. Strateginya kemudian kita sesuaikan. Jadi, kontrol secara konten ini dilakukan oleh peer antarberbagai negara yang itu terjadi dalam berbagai pertemuan, publikasi, dan seterusnya.

Kemudian yang tadi disampaikan Yang Mulia Prof. Enny pula, apakah di bawah OP juga bisa independen? Sepemahaman saya, OP ini rumah besar. Rumah besar itu mempunyai berbagai ruangan. Ruangan yang cukup luas. Setiap ruangan itu ada function masing-masing. Nah, khusus untuk kolegium spesialis, enggak ada. Saya lihat pengurus IDI kemudian "mengintervensi" karena sangat spesifik. Kolegiumnya macam-macam, di situ ahli-ahli yang memang mempelajari, yang tahu what are their strengths, what are their weaknesses, dan ada best practice di antara praktik di berbagai belahan dunia, maka enggak akan intervensi untuk masalah akademik.

Kemudian yang berikutnya, mohon izin untuk merespons dari Yang Mulia Prof. Arsul Sani. betul sekali bahwa politik negara harusnya sesuai pembukaan Undang-Undang Dasar 1945, mencerdaskan ... memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Saya kira itu harus menjadi panduan siapa pun pemimpin negeri ini.

Tadi Prof. Arsul Sani menyampaikan bagaimana yang dulu kolegium yang fully independent dan nearly fully government regulated? Keluhan masyarakat banyak, devisa tertarik keluar negeri banyak sekali. Mohon izin, saya ingin menyampaikan dua hal yang tadi juga saya singgung dalam presentasi saya. Ada konsep yang disebut health care, pelayanan kesehatan. Health care ini biasanya fungsinya, fokusnya adalah bagaimana meningkatkan derajat kesehatan penduduknya. Kesetaraan bahwa akses pelayanan kesehatan bisa dinikmati oleh sebagian besar penduduk Indonesia yang sangat heterogen sosial, ekonomi, latar belakang, geografis, dan seterusnya. Maka kita tahu dengan pendekatan itu ada BPJS. BPJS dengan segala kekurangannya sudah sangat menolong masyarakat yang tidak mampu karena ini adalah fokus health care.

Yang satu adalah health industry, bagaimana kemudian memproduksi, "menjual" produk dan jasa kesehatan. Apa itu produk dan jasa kesehatan? Macam-macam. Mulai dari farmasi, biologi, vaksin, alat diagnostik, alat-alat kesehatan yang lain. Kemudian, kita mempunyai sekali kekayaan genomi kita, misalnya, dan seterusnya. Maka itu menjadi sumber devisa, maka fokusnya adalah bagaimana meningkatkan produksi peralatan tersebut, bagaimana kemudian industri obat menjadi maju, dan seterusnya, dan seterusnya. Next question is then, dengan limitasi anggaran yang dipunyai negara, what would be the priority? Saya kira kita semua di ruangan ini pernah ke daerah-daerah terpencil. September lalu saya ke suatu daerah yang sangat terpencil, 6 jam dari Palembang, dan saya memahami betapa fokus keberpihakan pemerintah terhadap sebagian populasi kita yang rentan dan terpinggirkan itu mestinya menjadi salah satu yang utama dalam short and medium period.

In the long run, maka kita juga perlu mempersiapkan untuk menuju ke health industry dan kemudian bagaimana keduanya itu bisa

kita kelola. Sehingga pada saat kemudian ada yang komplain, mengapa semua lari ke sana? Devisa ke sana? Then we have to understand what is happening in our country, priority apa yang harus kita fokuskan? Menurut saya, dalam periode ini, tahun-tahun ini, prevensi, peningkatan prevensi itu masih sangat-sangat relevan. Anak-anak kita yang SD, SMP, di sini ada beberapa klinisi senior yang tahu persis bagaimana penyakit sederhana, diabetes melitus. Sekian tahun lalu jarang sekali kita jumpai anak-anak kita. Sekarang anak-anak SD terdiagnosis. What does it mean? Prevensinya apa? Makanan kita yang kacau, kacau. Dan itu kemudian perlu diregulasi, fokus ke sana. Sekarang kita baru gembira di mana-mana, remaja sudah senang dan menjadi lifestyle olahraga. Itu yang kemudian juga kita genjot dan kita lanjutkan dari spektrum anak kecil sampai orang dewasa. Nah, ini sebenarnya mestinya menjadi ... Prof. Arsul Sani, menurut kami adalah politik yang mana yang akan kita pakai? Next 3 years, 5 years, 10 years, and in the long run. Dan itu fungsinya berkesinambungan, walaupun pemerintahnya berganti. Nah, ini yang saya kira tidak hanya berhubungan apakah kolegiumnya fully independent atau nearly fully government regulated, tapi ada konsep besar, konteks besar yang sama-sama harus ditentukan dulu.

Berikutnya, mohon izin untuk merespons dari pendalaman Yang Mulia Prof. Saldi Isra. Prof. Saldi, saya beberapa kali dalam pertemuan dan tidak akan bosan menyampaikan. Kalau kita terus-menerus mengatakan kekurangan, the first question adalah seberapa dream kita untuk mempunyai jumlah dokter dalam level dokter apa? Dokter umum, spesialis, subspecialis, and where? Dan bagaimana menghitungnya? Itu harus terbuka. Apakah secara rasio tenaga medis dan kesehatan dengan populasi dan dihitung bagaimana kematian populasi itu dalam sekian kemudian dihitung, bergabung dengan epidemiologi atau mungkin dengan cara lain? Tapi harus terbuka penghitungan ini, biarkan dikritisi penghitungan ini. Karena kita mempunyai banyak ahli-ahli untuk bisa mengkritisi itu. Setelah sepakat, publish secara transparan. Oh, ternyata di Yogya sudah overload semua spesialisasi. Maka kalau ada orang tua di Yogya yang anaknya pengen menjadi dokter, they will discuss. Kamu nanti kalau akan jadi dokter, enggak bisa kerja di Yogya. Karena 30 tahun lagi prediksinya sudah enggak di situ, misalnya seperti itu. Saat dipublikasi secara transparan dengan perhitungan yang dikritisi sebelumnya, fakultas kedokteran akan bisa merespons, saya bisa nambah itu satu tahun sekian, tapi dengan fasilitasi ini, ini, dan seterusnya.

Nah, yang terjadi sekarang betul sekali yang dikatakan Prof. Saldi Isra, rebutan. Pertanyaannya, mengapa harus rebutan? Ini untuk siapa? Sebenarnya tidak untuk Kementerian Kesehatan, untuk Kementerian Pendidikan, untuk kolegium, untuk konsil, ini untuk Indonesia. Nah, yang terjadi sebelum Undang-Undang Kesehatan ini, penyelenggara adalah fakultas kedokteran. Tetapi yang namanya spesialis, subspecialis, tentu

juga dokter, dokter gigi, perawat, tidak akan pernah tidak menggunakan hospital. Karena itu adalah wahana utamanya. Maka selama ini, hospital-hospital di bawah Kementerian Kesehatan, maupun Kementerian Pendidikan, pemda, mungkin yayasan, itu bekerja sama menjadi lahan. Fakultas kedokteran sebagai penyelenggara mengurus, seleksinya, menyiapkan SDM-nya, kurikulumnya, metode yang bagus dilatih lagi, metode assessment yang bagus dilatihkan lagi, memastikan kualitasnya terkontrol, dan memastikan sebelum lulus menguasai itu, dan kemudian mengeluarkan ijazah atau sertifikat profesi. Rumah sakit mendukung itu semua sebagai wahana. Tentu saja, akan ada variasi rumah sakit, rumah sakit yang mungkin kalau stase di rumah sakit itu sudah lumayan mencukupi, tapi ada rumah sakit pendidikan yang enggak bisa stase di rumah sakit, harus beberapa rumah sakit karena case ini banyak di sana dan setelah ... itu terjadi dalam suatu ikatan kerjasama.

Nah, yang sekarang karena ada dalam petik ... mohon maaf saya menggunakan istilah yang tidak nyaman, ada "2 atasan", maka seakan-akan who should i serve? Yang ini atau yang ini? Saingan. Dan padahal yang diperebutkan ini adalah yang sebenarnya bisa dipakai bareng-bareng, asal tadi penghitungan jelas. Mohon maaf, piloting yang dilakukan di 6 rumah sakit itu sebenarnya itu adalah rumah sakit pendidikan, bukan rumah sakit baru yang kemudian dicoba mungkin di situ working dengan konsep ini. No. Itu adalah rumah sakit yang sudah lama bekerja sama.

Sehingga titik tengahnya seperti apa? Prof. Saldi Isra, saya sangat meyakini Prof. Saldi karena saya cukup sering mengikuti Prof. Saldi. Jauh lebih memahami dari saya pengaturan kewenangan kementerian, who should lead in which sector? Pendidikan spesialis dan subspecialis adalah termasuk pendidikan tinggi. Pendidikan tinggi, leading sector-nya mestinya adalah Kementerian Pendidikan Tinggi. Leading sector apa? Mestinya membuat regulasi-regulasi dari masuk sampai keluar dan itu mestinya diikuti oleh kementerian lain. Nah, kalau kewenangan ini kemudian menjadi overlapping, pertanyaan mendasar adalah untuk siapa kita melakukan itu? Dan mestinya itu balik lagi mestinya untuk Indonesia, bukan untuk satu sektor tertentu. Maka di sana kerjasama dan kolaborasi sesuai tugas pokok wewenangnya masing-masing, itulah sebenarnya yang menurut saya harus diperbaiki, supaya kalau selama ini di berbagai tempat, di berbagai sektor kita mengeluh, "Wah, tambang kita habis, sumber daya kita habis."

Jangan sampai sumber daya manusia kita juga akan habis dieksploitasi karena kita salah manajemen dan bekerjasama. Terima kasih.

58. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [01:52:00]

Terima kasih, Prof.

Pak Iqbal ... Dr. Iqbal.

Ini berarti berakhir juga fase sidang tambahan kita untuk tiga Permohonan ini. Kami menyampaikan terima kasih kepada Dr. Iqbal yang sudah mengganggu jadwal ... apa ... bekerjanya di Doha, di Qatar, dan juga kepada Prof. Gandes yang harus dari Yogya datang ke sini untuk menyampaikan pandangan-pandangannya untuk memperkaya perspektif Hakim Konstitusi dalam memutus Permohonan ini.

Dan kepada DPR, Presiden, Pihak Terkait, dan Pemohon dengan berakhirnya sidang ini, karena ada penambahan jadwal, ada keterangan baru yang diperlukan oleh Mahkamah, Pihak-Pihak diminta juga kalau mau menyerahkan keterangan ... apa namanya ... kesimpulan tambahan. Jadi kalau ada yang tidak sepakat dengan apa yang disampaikan oleh Para Ahli atau Pihak lain yang diundang Mahkamah, tolong nanti disampaikan di dalam Kesimpulan.

Pak Sekjen ada yang mau disampaikan? Kalau Pak Sekjen ketawa kita enggak tahan juga tidak berikan kesempatan. Silakan, Pak Sekjen. Tapi dalam konteks tidak membantah, ya, nanti di apa ... saja. Kalau ada yang tidak tepat nanti diluruskan di Kesimpulan.

59. PEMERINTAH: KUNTA WIBAWA DASA NUGRAHA [01:56:47]

Baik, siap. Saya cuman ini saja, Hakim Yang Mulia, ya. Ini kadang-kadang tadi mendengarkan ini tuh mengganggu hati nurani saya saja sih. Intinya ... intinya, Pemerintah juga tidak akan melakukan hal-hal yang salah gitu, ya. Cuma saya ingin ngomong ... ingin menyampaikan si Pak Hakim, kalau boleh dengarkan juga orang-orang yang mendapatkan manfaat daripada Undang-Undang Kesehatan ini. Karena banyak juga grassroots yang merasa happy dengan datangnya Undang-Undang Kesehatan, sehingga kita mendapatkan suara yang sama. Karena kita juga akuilah, Pak, bahwa sebelum ada Undang-Undang Kesehatan itu kelemahannya banyak sekali. Banyak hal yang sudah kita lakukan, perbaikan dengan Undang-Undang Kesehatan.

Itu saja sih, nanti sambil kami akan menambahkan Kesimpulan tambahan untuk beberapa hal, untuk meluruskan tadi, Pak. Seperti kolegium di bawah Kementerian Kesehatan, itu juga tidak benar. Seperti hospital base, bahwa itu ininya ... idenya Pak Menteri, juga tidak benar. Itu adalah benar-benar benchmarking dari negara lain dan seluruh dunia juga seperti itu.

Mungkin itu, Yang Mulia Hakim.

60. HAKIM ANGGOTA: SALDI ISRA [01:58:05]

Ya, Pak Sekjen, kalau mau menyertakan keterangan pihak-pihak itu secara tertulis, silakan disertakan, berbarengan nanti dengan Kesimpulan. Jadi itu ruangnya, supaya nanti semakin banyak bahan ke

kami, semakin kaya, semakin pusing Mahkamah Konstitusinya. Jadi enggak apa-apa, ditambah terus, Pak ... Pak Sekjen, supaya makin banyak bahan yang kami pergunakan.

Ini penyerahan Kesimpulan, tambahan Kesimpulan, baik dari Pemohon, dari DPR, dari Presiden, maupun Pihak Terkait, Rabu, tanggal 22 Oktober 2025. Silakan kalau mau menambahkan keterangan siapa dan segala macam, dilampirkan di kesimpulan, kita akan baca semua untuk membahas Permohonan ini.

Jadi dengan demikian, tidak ada lagi persidangan yang terbuka seperti ini. Tinggal Mahkamah nanti akan mendiskusikan, membahas semua bahan yang ada di persidangan ini. Bahkan Pak Sekjen, dulu awal-awal persidangan kami sudah minta, tolong dong ceritakan semua titik lemah yang ada selama ini, kita sudah minta itu, dan mudah-mudahan itu juga sudah diberikan. Termasuk kira-kira ini apa yang enggak benar dilakukan kawan-kawan IDI, kita sudah minta juga, terbuka, Pak. Jadi jangan disembunyikan, biar kami punya posisi yang balance juga untuk menilai semua poin yang dikemukakan oleh Pemohon.

Jadi sekali lagi, penyerahan tanggapan atau Kesimpulan disampaikan melalui Kepaniteraan paling lambat tujuh hari kerja sejak sidang terakhir hari ini, batasnya 22 Oktober 2025. Kami Mahkamah mengucapkan terima kasih kepada kita semua yang sudah mengikuti persidangan dengan baik, termasuk kepada dua orang Ahli, Ibu Prof. Gandes dan Bapak Iqbal Mochtar.

Saya kembalikan kepada Yang Mulia Ketua Mahkamah Konstitusi.

61. KETUA: SUHARTOYO [02:00:12]

Baik terima kasih, Prof. Saldi. Sidang selesai dan ditutup.

KETUK PALU 3X

SIDANG DITUTUP PUKUL 15.29 WIB

Jakarta, 14 Oktober 2025
Plt. Panitera,
Wiryanto

