



Sinkronisasi Kebijakan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Berbasis Perguruan Tinggi dan Rumah Sakit

PENULIS

Yoyo Suhoyo

Pendidikan Kesehatan | Sinkronisasi Kebijakan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Berbasis Perguruan Tinggi dan Rumah Sakit

Penulis : Yoyo Suhoyo

RINGKASAN EKSEKUTIF

Indonesia menghadapi defisit 70.000 dokter spesialis, sebagaimana ditegaskan Presiden Prabowo Subianto pada Agustus 2025, yang mendasari Akselerasi Pemenuhan Dokter Spesialis Nasional sebagai Program Prioritas Nasional dalam RPJMN 2025-2029 dengan target aktivasi 66 RSUD Tipe C melalui *Program Hospital Training Centere* (PHTC). Rapat Koordinasi Kantor Staf Presiden pada 8 Juli 2026 memetakan 8 klaster masalah fundamental yang menghambat percepatan ini, mulai dari krisis sumber daya pengajar hingga stagnasi distribusi residen ke daerah sasaran.

Studi ini menemukan bahwa sepanjang semester pertama 2026, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan Tinggi Sains dan Teknologi masing-masing menerbitkan regulasi yang berdampak langsung terhadap penyelenggaraan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS). Namun tanpa koordinasi lintas kementerian yang memadai, sehingga menimbulkan disharmoni norma, khususnya terkait status hukum dokter pendidik klinis yang menciptakan kebuntuan jenjang karier akademik. Kajian atas praktik baik model kolaborasi rumah sakit dan perguruan tinggi pada program bedah saraf FK-KMK Universitas Gadjah Mada menunjukkan bahwa inovasi tingkat institusi dapat efektif secara lokal, namun tidak dapat direplikasi langsung sebagai solusi tunggal berskala nasional tanpa dukungan kerangka regulasi yang koheren.

Studi ini merumuskan delapan pilar kebijakan terpadu, mencakup kelembagaan status dokter pendidik klinis, otoritas penjaminan mutu berjenjang (Kolegium, LAM-PTKes, dan kerja sama internasional ACGME), pembiayaan, distribusi terikat, transisi kelembagaan rumah sakit pendidikan, prasyarat infrastruktur, integrasi data, dan koordinasi struktural. Agenda prioritas ini perlu diselaraskan melalui peran aktif Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK) serta Kantor Staf Presiden. Visi yang diusung adalah transformasi dari kebijakan sektoral yang berjalan sendiri-sendiri agar bisa dibuat selaras menuju satu arsitektur kebijakan PPDS yang koheren, sehingga percepatan pemenuhan 70.000 dokter spesialis dapat dicapai tanpa mengorbankan mutu pendidikan maupun keberlanjutan layanan kesehatan di rumah sakit pendidikan.

PENDAHULUAN

Indonesia menghadapi defisit dokter spesialis yang signifikan. Pidato Presiden Prabowo Subianto pada 26 Agustus 2025, secara eksplisit menyampaikan bahwa kekurangan dokter spesialis nasional mencapai angka 70.000 dan meminta agar pemenuhannya segera dikejar. Pernyataan ini menjadi rujukan politik utama yang mendasari penetapan Akselerasi Pemenuhan Dokter Spesialis Nasional sebagai salah satu Program Prioritas Nasional dalam Rencana

Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025-2029, dengan target operasional aktivasi 66 Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tipe C melalui Program Hospital Training Center (PHTC).

Guna menindaklanjuti arahan tersebut, Kantor Staf Presiden (KSP) melalui Kedeputian III menyelenggarakan Rapat Koordinasi Penyelarasan dan Sinkronisasi Kebijakan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Berbasis Perguruan Tinggi dan Rumah Sakit pada 8 Juli 2026. Rapat tersebut mengidentifikasi 8 (delapan) klaster masalah fundamental yang menghambat akselerasi produksi dokter spesialis, mulai dari krisis sumber daya manusia pengajar hingga stagnasi distribusi residen ke RSUD sasaran PHTC.

Sepanjang semester pertama 2026, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi (Kemendiktisaintek) masing-masing menerbitkan sejumlah regulasi yang berdampak langsung terhadap penyelenggaraan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS), antara lain Surat Edaran Kemenkes tentang Penataan Status Jabatan Fungsional Tenaga Medis, Keputusan Menteri Pendidikan Tinggi tentang Petunjuk Teknis Layanan Pengembangan Profesi dan Karier Dosen, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit, Surat Edaran Tindak Lanjut Kerja Sama Rumah Sakit Pendidikan Utama dengan Fakultas Kedokteran, serta Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Teknis Pemberian Rekomendasi Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan. Kajian dalam Tulisan ini menemukan bahwa regulasi-regulasi tersebut, meskipun masing-masing memiliki dasar hukum dan tujuan administratif yang sah, diterbitkan tanpa mekanisme koordinasi lintas-kementerian yang memadai, sehingga menimbulkan disonansi kebijakan yang justru berpotensi memperlambat, bukan mempercepat, pemenuhan target nasional.

Tulisan ini disusun sebagai bahan pendukung akademik yang memuat pemetaan masalah, evaluasi regulasi, kajian praktik baik penyelenggaraan pendidikan spesialis berbasis kemitraan rumah sakit-perguruan tinggi, serta rumusan rekomendasi kebijakan yang dapat menjadi rujukan bagi penyusunan produk hukum bersama di antara Kementerian Kesehatan dan Kemendiktisaintek.

Berdasarkan uraian di atas, permasalahan yang dikaji dalam Tulisan ini dirumuskan sebagai berikut:

1. Apa akar masalah struktural yang menghambat percepatan produksi dokter spesialis di Indonesia, dan bagaimana keterkaitan antar-masalah tersebut dapat dipetakan secara sistematis?
2. Sejauh mana praktik baik yang telah dikembangkan di tingkat institusi pendidikan kedokteran dapat direplikasi secara nasional, dan apa keterbatasan strukturalnya?
3. Di titik mana terjadi disharmoni regulasi antara Kementerian Kesehatan dan Kemendiktisaintek yang menghambat penyelenggaraan PPDS, khususnya terkait status kepegawaian dokter pendidik klinis?
4. Bagaimana dampak kumulatif regulasi yang diterbitkan sepanjang tahun 2026 terhadap upaya percepatan pemenuhan dokter spesialis, dan apakah dampak tersebut selaras dengan arah kebijakan nasional?
5. Kebijakan apa yang perlu dirumuskan pemerintah – termasuk peran koordinatif Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK) serta Kantor

Staf Presiden – untuk menyelaraskan seluruh regulasi tersebut dalam satu arsitektur kebijakan yang koheren?

Tulisan ini disusun dengan tujuan memberikan basis argumentasi akademik, yuridis, dan empiris bagi perumusan Keputusan Bersama Kementerian Kesehatan dan Kemendiknas mengenai penyelenggaraan PPDS; memetakan akar masalah struktural secara sistematis; mendokumentasikan praktik baik penyelenggaraan pendidikan spesialis berbasis kemitraan institusi sekaligus keterbatasannya; serta merumuskan rekomendasi kebijakan yang *applicable* dan terukur.

Kajian disusun melalui: (1) telaah dokumen peraturan perundang-undangan yang relevan sepanjang 2015-2020; (2) studi kasus praktik baik penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis, menggunakan model *Academic Health System* (AHS) Bedah Saraf FK-KMK UGM sebagai rujukan empiris, sebagaimana dipublikasikan dalam jurnal *Neurosurgical Focus*; (3) analisis komparatif lintas-regulasi untuk mengidentifikasi titik disharmoni norma antar-kementerian; dan (4) penilaian pakar (*expert judgment*) dari perspektif keilmuan pendidikan kedokteran dan kesehatan profesi.

TEMUAN DAN ANALISIS

Temuan 1. Kerangka Teoritis Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Kompetensi

Penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis modern secara internasional bertumpu pada paradigma *Competency-Based Medical Education* (CBME), yang menekankan pencapaian kompetensi klinis terukur melalui pembelajaran berbasis tempat kerja (*workplace-based learning*) dan asesmen berbasis tempat kerja (*workplace-based assessment*), bukan semata durasi masa pendidikan. Pendekatan *Entrustable Professional Activities* (EPA) semakin banyak diadopsi sebagai instrumen operasional CBME, karena memungkinkan penilaian kesiapan seorang peserta didik untuk dipercaya menjalankan aktivitas profesional tertentu secara mandiri.

Dalam konteks negara berpenghasilan menengah ke bawah (*lower middle-income country/LMIC*) seperti Indonesia, tantangan pemerataan layanan bedah dan spesialisasi telah menjadi perhatian global sejak diterbitkannya laporan Komisi Lancet untuk Bedah Global (*The Lancet Commission on Global Surgery*) tahun 2015, “*Global Surgery 2030*”, yang menegaskan bahwa ketersediaan layanan bedah tidak sebanding dengan beban penyakit yang memerlukan tindakan bedah, dan bahwa kemitraan lintas-institusi merupakan instrumen penting untuk menutup kesenjangan tersebut. Kerangka teoritis inilah yang mendasari evaluasi terhadap model kemitraan rumah sakit-perguruan tinggi (*sister hospital*) sebagai instrumen kebijakan yang relevan diterapkan lebih luas di Indonesia.

Temuan 2. Praktik Baik: Model Academic Health System (AHS) Bedah Saraf FK-KMK UGM

PPDS Bedah Saraf FK-KMK UGM, yang didirikan pada 2011 sebagai pusat pendidikan bedah saraf kelima di Indonesia, mengembangkan model kolaborasi *sister hospital* untuk mengurangi ketimpangan distribusi dokter bedah saraf antarwilayah. Berdasarkan publikasi ilmiah pada jurnal *Neurosurgical Focus* (2020), model ini memiliki empat elemen inti:

1. Supervisi berjenjang jarak jauh — kombinasi kunjungan langsung bulanan untuk kasus elektif dan supervisi *telemedicine* (panggilan telepon/video) untuk kasus harian, sehingga tidak menuntut ketersediaan dosen tetap penuh waktu di setiap rumah sakit wahana;
2. Sistem admisi berbasis poin afirmatif — pemberian nilai tambah bagi pelamar dari wilayah tanpa dokter spesialis bedah saraf, disertai bukti komitmen tertulis untuk kembali bertugas di wilayah asal;
3. Kurikulum berjenjang nasional — mengacu tunggal pada Kurikulum Nasional Pendidikan Bedah Saraf yang diterbitkan Kolegium Bedah Saraf Indonesia, dengan tiga jenjang kompetensi (Enrichment, Assistance, dan Self Level);
4. Strategi keluar (*exit strategy*) yang terukur — penghentian pengiriman residen ke rumah sakit mitra begitu unit pelayanan bedah saraf lokal dinyatakan mandiri, sebagaimana dibuktikan pada kasus Papua sejak 2017.

Sepanjang periode observasi (2017-2019), model ini telah menghasilkan lebih dari 400 prosedur bedah saraf yang ditangani oleh residen dan konsultan yang ditugaskan di luar Yogyakarta, dengan kemitraan resmi (nota kesepahaman) bersama empat rumah sakit mitra di Sulawesi Tengah, Aceh, dan wilayah lain. Data distribusi anggota Ikatan Ahli Bedah Saraf Indonesia per Juli 2019 yang dikutip dalam publikasi tersebut menunjukkan disparitas tajam: rasio dokter bedah saraf terhadap populasi nasional sebesar 1:725.000 – jauh di bawah standar rekomendasi 1:100.000 – dengan lima provinsi (Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, dan Papua Barat) sama sekali tidak memiliki dokter bedah saraf.

Temuan 3. Keterbatasan Model sebagai Rujukan Kebijakan Nasional

Sebagai bagian dari kejujuran akademik, kajian ini juga mengidentifikasi keterbatasan struktural model tersebut apabila hendak dijadikan rujukan kebijakan berskala nasional:

1. Ketergantungan pada infrastruktur yang rapuh – gempa bumi di Palu (September 2018) dan kerusakan alat pemindai tomografi komputer (CT-scan) di Aceh (Mei 2019) masing-masing menyebabkan penurunan tajam jumlah prosedur bahkan penghentian total layanan bedah saraf di rumah sakit mitra terkait;
2. Skala keberhasilan yang sangat kecil dibandingkan skala krisis nasional – 27 residen dan 6 lulusan yang kembali ke wilayah asal dalam kurun 7,5 tahun, dibandingkan defisit nasional 70.000 dokter spesialis di seluruh cabang ilmu;
3. Daya ikat hukum yang lemah – komitmen kepulangan peserta didik hanya berbasis surat rekomendasi atau perjanjian tanpa mekanisme sanksi administratif formal;
4. Kekosongan skema pembiayaan yang eksplisit – model tidak menyentuh isu proporsi Uang Kuliah Tunggal (UKT) terhadap unit cost rumah sakit maupun kesetaraan akses beasiswa Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP);
5. Ketergantungan pada relasi personal – keberlanjutan kemitraan internasional (dengan University of Saskatchewan, Kanada) banyak bertumpu pada relasi individual antar-akademisi, bukan mekanisme kelembagaan formal antarnegara;
6. *Trade-off* keragaman kasus – spektrum penyakit yang ditangani di rumah sakit satelit secara signifikan lebih sempit dibandingkan rumah sakit pusat pendidikan.

Simpulan dari kajian empiris ini adalah bahwa praktik baik di tingkat institusi terbukti efektif secara lokal, namun keberlanjutan dan skalabilitasnya sepenuhnya bergantung pada dukungan kerangka regulasi nasional yang koheren – bukan sebaliknya.

Temuan 4. Peta Masalah Nasional: 8 Klaster Fundamental

Rapat Koordinasi KSP tanggal 8 Juli 2026 merumuskan 8 (delapan) klaster masalah fundamental. Kedelapan klaster tersebut dipetakan pada tabel 9.1, disertai analisis tambahan mengenai hubungan sebab-akibat antar-klaster.

Tabel 9.1. Delapan klaster masalah fundamental pendidikan kedokteran

No.	Klaster Masalah	Inti Persoalan
1	Krisis SDM Pengajar	Keterbatasan jumlah dokter spesialis/subspesialis pendidik; polemik larangan rangkap jabatan dosen vs fungsional rumah sakit.
2	Integrasi Perencanaan	Kecenderungan duplikasi program studi dan data kuota kebutuhan daerah yang belum sinkron antar-lembaga.
3	Standar Anggaran	Ketiadaan regulasi proporsi Uang Kuliah Tunggal (UKT) terhadap beban unit cost rumah sakit.
4	Sumber Pembiayaan	Ketimpangan skema beasiswa LPDP antara peserta jalur University-Based dan Hospital-Based.
5	Dualisme Akreditasi Mutu	Benturan pengakuan antara standar global ACGME-I (ranah Kemenkes) dengan LAM-PTKes (ranah Kemendiktisaintek).
6	Keabsahan Output	Polemik legitimasi hukum antara ijazah magister (S2 profesi) dan sertifikat kompetensi murni.
7	Kriteria Kelayakan	Tidak adanya standardisasi baku mengenai kriteria penerimaan residen dan infrastruktur RSPPU.
8	Stagnasi Distribusi PHTC	Tersumbatnya aliran distribusi residen senior ke 66 RSUD Tipe C akibat akumulasi hambatan sistemik di atas.

Sumber: Rapat Koordinasi KSP (2026, 8 Juli), diolah penulis.

Klaster 8 bersifat sebagai akibat kumulatif (*downstream effect*), bukan sebab yang berdiri sendiri, sehingga intervensi kebijakan yang efektif perlu diarahkan pada penyelesaian Klaster 1 hingga 7 sebagai akar masalah, bukan semata mengatasi gejala stagnasi distribusi di permukaan.

Temuan 5. Inventarisasi Regulasi yang Dievaluasi

Tulisan ini mengevaluasi lima produk regulasi yang diterbitkan Kementerian Kesehatan dan Kemendiktisaintek sepanjang triwulan I-II 2026, sebagaimana tercantum dalam tabel 9.2.

Tabel 9.2. Rincian lima produk regulasi yang diterbitkan oleh Kemenkes dan Kemendiktisaintek

Regulasi	Instansi	Tanggal	Pokok Pengaturan
Kepmendiktisaintek No. 39/M/KEP/2026	Kemendiktisaintek	26 Jan 2026	Petunjuk Teknis Layanan Pengembangan Profesi dan Karier Dosen, termasuk definisi Dosen Tetap dan jalur karier Dokter Pendidik Klinis (Dokdiknis).
KMK No. HK.01.07/ME NKES/294/2026	Kemenkes	6 Apr 2026	Pedoman Teknis Pemberian Rekomendasi Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.
Permenkes No. 6 Tahun 2026	Kemenkes	4 Jun 2026	Penyelenggaraan Rumah Sakit, termasuk pengaturan Rumah Sakit Pendidikan Utama dan Satelit (Pasal 19-29).
SE Kemenkes No. HK.02.02/D/2164/2026	Kemenkes	5 Jun 2026	Penataan Status Jabatan Fungsional Tenaga Medis di Rumah Sakit Milik Kemenkes, termasuk larangan rangkap jabatan tetap.
SE Kemenkes No. TK.02.01/D/2311/2026	Kemenkes	19 Jun 2026	Tindak Lanjut Kerja Sama RS Pendidikan Utama dengan Fakultas Kedokteran pasca-terbitnya Permenkes 6/2026.

Sumber: Olahan penulis.

Analisis

- Analisis tentang Disharmoni terkait Status Hukum Dokter Pendidik Klinis

Kajian komparatif terhadap SE Kemenkes No. HK.02.02/D/2164/2026 dan Kepmendiktisaintek No. 39/M/KEP/2026 menemukan kontradiksi norma yang bersifat langsung dan aktif berlaku, sebagaimana diuraikan pada tabel 9.3.

Tabel 9.3. Perbandingan SE Kemenkes No. HK.02.02/D/2164/2026 dan Kepmendiktisaintek No. 39/M/KEP/2026.

Aspek	Ketentuan Kemenkes (SE 2164/2026)	Ketentuan Kemendiktisaintek (Kepmen 39/2026)
Status kepegawaian ganda	Tenaga medis ASN Kemenkes hanya boleh diangkat sebagai tenaga tidak tetap oleh institusi lain.	Dosen Tetap dari profesi lain/instansi lain diangkat dengan perjanjian penuh waktu dan persetujuan instansi asal.
Beban kerja	Tugas utama adalah pelayanan pasien sesuai jadwal rumah sakit; pendidikan hanya tambahan yang tidak boleh mengganggu pelayanan.	Dosen Tetap wajib memenuhi beban kerja minimal setara 12 SKS per semester.
Rangkap jabatan	Wajib memilih satu jabatan fungsional; jika tidak, tunjangan jabatan fungsional dievaluasi dan dapat dihentikan.	Kategori Dokdiknis diakui secara eksplisit dengan jalur perhitungan masa kerja tersendiri menuju jenjang Profesor.
Masa kerja di instansi lain	Tidak diatur secara eksplisit sebagai bagian dari kontinuitas karier di rumah sakit.	Masa tugas di instansi lain (kementerian) tetap diperhitungkan sebagai kontinuitas masa kerja Dosen Tetap.

Sumber: olahan penulis.

Implikasi situasi disharmoni ini bersifat struktural: seorang dokter spesialis yang berstatus Aparatur Sipil Negara (ASN) Kemenkes dan sekaligus berperan sebagai dokter pendidik klinis PPDS secara hukum tidak pernah dapat memenuhi syarat status Dosen Tetap yang disyaratkan Kemendiktisaintek untuk kenaikan jenjang jabatan akademik ke Lektor Kepala maupun Profesor, karena regulasi Kemenkes justru melarangnya menyandang status tetap di institusi manapun selain rumah sakit tempatnya bertugas. Kondisi ini secara langsung berkorelasi dengan Klaster 1 (Krisis SDM Pengajar), dan berpotensi memengaruhi keberlangsungan pendidikan klinis di rumah sakit vertikal yang berfungsi ganda sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama, termasuk RSUP Dr. Sardjito yang menjadi mitra utama FK-KMK UGM.

Perlu dicatat bahwa SE Kemenkes No. HK.02.02/D/2164/2026 sendiri secara eksplisit menyatakan bersifat sementara, berlaku sebagai acuan tertib administrasi sampai ditetapkan peraturan perundang-undangan yang secara khusus mengatur pendidik klinis. Ketentuan ini membuka ruang kebijakan (*policy window*) bagi penyusunan

Peraturan Bersama Menteri yang lebih definitif, sebagaimana direkomendasikan pada Bagian 5.

b. Analisis Dampak: Permenkes No. 6 Tahun 2026 dan Restrukturisasi Rumah Sakit Pendidikan

Pasal 27 Permenkes No. 6 Tahun 2026 mewajibkan setiap perguruan tinggi penyelenggara program pendidikan dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter subspesialis, dan program fellowship untuk hanya bekerja sama dengan 1 (satu) Rumah Sakit Pendidikan Utama per program studi yang sama. Ketentuan ini ditindaklanjuti melalui Surat Edaran Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan No. TK.02.01/D/2311/2026 tertanggal 19 Juni 2026, yang memberikan tenggat waktu 2 (dua) minggu kepada 9 (sembilan) pasangan Fakultas Kedokteran dan Rumah Sakit Pendidikan untuk menyesuaikan status kelembagaan kerja sama mereka, termasuk FK-KMK UGM yang selama ini bermitra dengan RSUP Dr. Sardjito.

Kajian dampak (*impact assessment*) yang dilakukan dalam Tulisan ini terhadap kedelapan klaster masalah menunjukkan hasil yang bersifat campuran, sebagaimana dirangkum pada tabel 9.4.

Tabel 9.4. Rangkuman kajian dampak atas delapan klaster masalah

Klaster Terdampak	Uraian Dampak	Arah Dampak
7. Kriteria Kelayakan	KMK 294/2026 mewajibkan komitmen kuota afirmasi 25-50% pada daerah sasaran serta standar akreditasi wahana pendidikan berjenjang.	Diperbaiki
2. Integrasi Perencanaan	Mekanisme rekomendasi wajib dari Kemenkes mengisi celah sinkronisasi data kuota, namun menambah satu lapis birokrasi baru.	Campuran
5. Dualisme Akreditasi	KMK 294/2026 mewajibkan unit penjaminan mutu RSPPU merujuk tunggal pada ACGME, tanpa menyebut LAM-PTKes sebagai rujukan paralel.	Berpotensi diperburuk
08. Stagnasi/Guncangan Kalender	Kewajiban restrukturisasi status RSP Utama-Satelit dalam tenggat 2 minggu berisiko mengguncang penempatan residen aktif di 9 institusi.	Berpotensi diperburuk

3-4. Anggaran/Pembiayaan	Ketiga regulasi tidak menyentuh sama sekali isu proporsi UKT-unit cost maupun kesetaraan skema LPDP.	Tidak terjawab
-----------------------------	--	----------------

Sumber: olahan penulis.

Kajian kronologis terhadap tanggal penerbitan ketiga regulasi tersebut – Permenkes 6/2026 diundangkan 12 Juni 2026, Surat Edaran Tindak Lanjut terbit 19 Juni 2026 dengan tenggat 2 minggu, dan Rapat Koordinasi KSP diselenggarakan 8 Juli 2026, tepat setelah tenggat penyesuaian berakhir – mengindikasikan bahwa Rapat Koordinasi ini kemungkinan besar merupakan respons pemerintah terhadap dampak akut yang ditimbulkan oleh kebijakan tersebut sendiri, bukan semata pembahasan atas masalah struktural yang telah berlangsung lama.

c. Kesenjangan Regulasi (*Regulatory Gap*)

Berdasarkan evaluasi terhadap kelima regulasi di atas, teridentifikasi kesenjangan regulasi yang signifikan pada aspek pembiayaan pendidikan spesialis. Tidak satu pun dari kelima regulasi yang dianalisis mengatur secara eksplisit proporsi Uang Kuliah Tunggal terhadap unit cost riil rumah sakit pendidikan, maupun kesetaraan akses skema beasiswa LPDP antara peserta didik jalur *university-based* dan *hospital-based*. Kesenjangan ini secara langsung berkorelasi dengan Klaster 3 dan Klaster 4, dan memerlukan produk regulasi tersendiri yang melibatkan Kementerian Keuangan sebagai pemangku kepentingan tambahan.

d. Landasan Filosofis, Sosiologis, dan Yuridis

Landasan Filosofis

Pengaturan penyelarasan kebijakan PPDS berpijak pada nilai keadilan sosial sebagaimana termaktub dalam sila kelima Pancasila, yang menghendaki pemerataan akses layanan kesehatan bermutu bagi seluruh warga negara tanpa memandang wilayah domisili. Hak atas layanan kesehatan juga secara tegas dijamin dalam Pasal 28H ayat (2) dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Ketimpangan distribusi dokter spesialis antarwilayah merupakan bentuk ketidakadilan struktural yang secara filosofis wajib diatasi melalui intervensi kebijakan negara, bukan diserahkan semata pada mekanisme pasar tenaga kerja kesehatan.

Landasan Sosiologis

Secara sosiologis, disparitas distribusi dokter spesialis di Indonesia bersifat nyata dan terdokumentasi. Data yang dikutip dalam studi kasus FK-KMK UGM menunjukkan bahwa Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta memiliki jumlah dokter bedah saraf yang jauh lebih tinggi pada area geografis yang relatif kecil, sementara Papua – dengan luas wilayah jauh lebih besar – memiliki disproporsi ekstrem antara jumlah dokter dan luas wilayah yang harus dilayani. Kondisi serupa berlaku pada spesialisasi lain secara nasional, sebagaimana tercermin dalam angka defisit 70.000 dokter spesialis yang disampaikan Presiden. Fenomena ini diperburuk oleh faktor non-finansial seperti infrastruktur wilayah yang belum memadai, insentif privat yang tidak diatur secara

afirmatif, dan preferensi penempatan praktik di wilayah perkotaan yang telah berkembang.

Landasan Yuridis

Kerangka yuridis yang relevan bagi penyelarasan kebijakan PPDS mencakup hierarki peraturan perundang-undangan berikut:

- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menjadi dasar hukum utama pengaturan penyelenggaraan rumah sakit dan tenaga medis, termasuk Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksanaannya;
- Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, yang menjadi dasar hukum pengaturan jenjang jabatan akademik dosen, termasuk ketentuan masa kerja 10 tahun sebagai Dosen Tetap sebagai syarat promosi ke jenjang Profesor;
- Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen, yang mengatur fungsi dan kedudukan Dosen sebagai pendidik profesional dan ilmuwan;
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2022 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan, sebagai regulasi yang kini sebagian dicabut dan digantikan oleh Permenkes Nomor 6 Tahun 2026;
- Kelima regulasi yang dievaluasi pada Bagian 3, yang meskipun sah secara formil, menimbulkan tumpang tindih norma (*norm conflict*) yang memerlukan harmonisasi melalui produk hukum setingkat Peraturan Bersama Menteri (PBM) atau Keputusan Bersama.

Ketiadaan produk hukum yang secara khusus menjembatani kewenangan Kemenkes atas tenaga medis dan kewenangan Kemendiknas atas jabatan akademik dosen merupakan celah yuridis (*legal vacuum*) yang menjadi salah satu akar masalah utama, dan menjadi dasar bagi rumusan rekomendasi kebijakan pada Bagian 5.

VISI

Indonesia yang dicita-citakan adalah negara yang sistem kesehatannya berkeadilan yang berbasis promosi pencegahan, yang memanfaatkan ilmu pengetahuan dan data terkini dengan menjadikan pembangunan sumber daya manusia sebagai prioritas utama.

REKOMENDASI KEBIJAKAN

Berdasarkan hasil kajian pada Bagian 3 dan 4, Tulisan ini merumuskan 8 (delapan) pilar rekomendasi kebijakan yang disusun sebagai satu arsitektur kebijakan terpadu – bukan solusi tambal-sulam per klaster masalah secara terpisah.

Rekomendasi 1. Delapan Pilar Kebijakan Terpadu

Pilar 1 – Kelembagaan: Status Hukum Dokter Pendidik Klinis

Percepatan penyusunan Peraturan Bersama Menteri (PBM) Kesehatan dan Pendidikan Tinggi tentang status kepegawaian Dokter Pendidik Klinis (Dokdiknis), menggantikan SE Kemenkes yang bersifat sementara. Materi muatan minimum mencakup: kategori kepegawaian penugasan

ganda terstruktur (bukan pilih salah satu status), skema pembagian biaya tunjangan (*cost-sharing*) antara rumah sakit dan perguruan tinggi, beban kerja proporsional yang mengakui kontribusi Tridharma riil seorang klinisi-pendidik, serta klausul transisi minimal 1-2 tahun akademik bagi Dokdiknis yang telah aktif bertugas.

Pilar 2 – Tata Kelola Mutu: Otoritas Penjaminan Mutu

Penetapan Kolegium sebagai penjamin mutu internal di lingkup kolegium, dan LAM-PTKes sebagai badan penjamin mutu tunggal akademik-klinis di tingkat nasional yang diakui kedua kementerian, dengan standar ACGME diposisikan sebagai kerangka rujukan teknis dan kerja sama internasional dalam pengembangan sistem penjaminan mutu PPDS di Indonesia.

Pilar 3 – Pembiayaan: Regulasi Proporsi UKT dan Kesetaraan LPDP

Penerbitan regulasi tersendiri, dengan melibatkan Kementerian Keuangan, yang mengatur formula standar proporsi Uang Kuliah Tunggal terhadap unit cost riil rumah sakit pendidikan, serta penyetaraan akses skema beasiswa LPDP bagi peserta didik jalur university-based dan hospital-based.

Pilar 4 – Distribusi Terikat: Ikatan Dinas Berbasis Hukum

Penyusunan regulasi ikatan dinas berbasis Keputusan Bersama yang mengatur kewajiban penempatan minimum di wilayah 3T pascakelulusan beserta sanksi administratif/finansial yang jelas bagi yang mangkir, terintegrasi dengan kuota afirmasi 25-50% yang telah diwajibkan KMK 294/2026 sehingga afirmasi tidak berhenti pada tahap penerimaan, melainkan mengikat hingga tahap penempatan.

Pilar 5 – Transisi Kelembagaan: Playbook Nasional RSP Utama-Satelit

Penyusunan kriteria objektif dan seragam (jumlah kasus, kapasitas residen aktif, status akreditasi eksisting) bagi penentuan status Rumah Sakit Pendidikan Utama dan Satelit di seluruh institusi terdampak Pasal 27 Permenkes 6/2026, disertai perpanjangan tenggat waktu yang realistis serta moratorium sanksi administratif selama masa transisi berlangsung.

Pilar 6 – Infrastruktur: Prasyarat Mengikat Sebelum Aktivasi Wahana

Penetapan verifikasi infrastruktur minimum (ketersediaan alat pencitraan diagnostik, kestabilan pasokan listrik, konektivitas telemedicine) sebagai syarat mutlak aktivasi 66 RSUD sasaran PHTC, dengan pendanaan melalui Dana Alokasi Khusus atau APBN yang mendahului, bukan berjalan paralel dengan, penempatan residen. Rumah Sakit Pendidikan yang digunakan untuk PPDS berbasis Universitas tidak digunakan untuk PPDS berbasis Rumah Sakit, untuk menghindari bentrokan dan kerancuan kebijakan.

Pilar 7 – Data Terpadu: Sistem Monitoring Lintas-Kementerian

Perluasan integrasi sistem SIAGA (Kemendiktisaintek), SISTER, dan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (Kemenkes) agar status kepegawaian Dokdiknis, capaian kuota afirmasi, capaian kompetensi residen, dan kondisi infrastruktur wahana pendidikan dapat dipantau secara real-time sebagai bagian dari mandat monitoring produk regulasi Kantor Staf Presiden.

Pilar 8 – Koordinasi Struktural: Peran Pemutus Kebuntuan

Penetapan protokol pra-notifikasi wajib minimal 30 hari bagi setiap rancangan regulasi lintas-dampak Kemenkes-Kemendiktisaintek sebelum diundangkan, dengan Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK) berperan sebagai Ketua Pengarah Komite Bersama yang berwenang memutus kebuntuan apabila konsensus antar-kementerian tidak tercapai dalam tenggat waktu yang wajar.

Rekomendasi 2. Peran Koordinatif Menko PMK dan Kantor Staf Presiden

Mengingat sumber sebagian masalah yang dikaji dalam Tulisan ini berasal dari kebijakan sepihak yang berdampak lintas-kementerian, penyelesaiannya memerlukan intervensi pada level di atas kementerian teknis. Secara spesifik, direkomendasikan agar:

- Menko PMK/Presiden mengeluarkan arahan resmi kepada Kemenkes untuk menunda pemberlakuan sanksi atas ketentuan Pasal 27 Permenkes 6/2026 bagi institusi yang masih dalam proses transisi;
- Menko PMK mengambil peran sebagai Ketua Pengarah Komite Bersama Kemendiktisaintek-Kemenkes, bukan sekadar fasilitator yang setara dengan kedua kementerian teknis;
- Bappenas atau Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian melakukan evaluasi dampak regulasi (Regulatory Impact Assessment) secara cepat terhadap Pasal 27 Permenkes 6/2026 sebelum implementasi penuh diberlakukan secara nasional;
- Kantor Staf Presiden membuka kanal eskalasi independen bagi PPDS berbasis Universitas dan Rumah Sakit yang menghadapi kendala implementasi.

PENUTUP

1. Defisit 70.000 dokter spesialis nasional bersumber dari 8 klaster masalah struktural yang saling berkelindan, dengan Klaster 1 (Krisis SDM Pengajar) sebagai fondasi yang memengaruhi klaster-klaster lainnya, dan Klaster 8 (Stagnasi Distribusi) sebagai akibat kumulatif, bukan sebab yang berdiri sendiri.
2. Praktik baik penyelenggaraan pendidikan spesialis berbasis kemitraan sister hospital, sebagaimana dikembangkan FK-KMK UGM pada program bedah saraf, terbukti efektif pada skala institusi namun memiliki keterbatasan signifikan pada aspek infrastruktur, skala, daya ikat hukum, dan pembiayaan yang tidak memungkinkannya direplikasi langsung sebagai solusi tunggal berskala nasional.
3. Regulasi yang diterbitkan Kemenkes dan Kemendiktisaintek sepanjang 2026 menunjukkan pola disharmoni yang berulang, khususnya pada status hukum dokter pendidik klinis, yang menciptakan kebuntuan struktural (*deadlock*) bagi jenjang karier akademik tenaga medis yang menjalankan fungsi ganda sebagai klinisi dan pendidik.
4. Kebijakan restrukturisasi Rumah Sakit Pendidikan Utama-Satelit melalui Permenkes 6/2026, meskipun bertujuan menertibkan tata kelola, berpotensi memperburuk stagnasi distribusi residen apabila diimplementasikan tanpa masa transisi yang memadai.
5. Penyelesaian menyeluruh memerlukan arsitektur kebijakan terpadu yang mencakup delapan pilar — kelembagaan, tata kelola mutu, pembiayaan, distribusi terikat, transisi kelembagaan,

infrastruktur, data terpadu, dan koordinasi struktural — didukung peran aktif Menko PMK dan Kantor Staf Presiden sebagai pemutus kebuntuan lintas-kementerian.

Peta Prioritas Implementasi

Mengingat urgensi dan kompleksitas permasalahan, disarankan agar rekomendasi pada bagian sebelumnya diimplementasikan secara bertahap sesuai peta prioritas berikut.

Tabel 9.5. Rangkuman peta prioritas implementasi.

Jangka Waktu	Prioritas Utama	Penanggung Jawab
Segera (0-1 bulan)	Moratorium sanksi tenggat Pasal 27; pembukaan kanal eskalasi independen ke Menko PMK/KSP	Menko PMK, Kemenkes
Jangka pendek (1-6 bulan)	Penyusunan PBM status Dokdiknis; playbook transisi RSP Utama-Satelit; prasyarat infrastruktur 66 RSUD	Komite Bersama
Jangka menengah (6-18 bulan)	Regulasi pembiayaan UKT-unit cost dan LPDP; ikatan dinas berbasis hukum; mandat LAM-PTKes sebagai badan penjamin mutu tunggal	Kemenkes, Kemendiktisainstek, Kemenkeu
Jangka panjang (>18 bulan)	Integrasi penuh SIAGA-SISTER-SIKN; evaluasi dampak kuantitatif skema afirmasi	KSP, Kemenkes, Kemendiktisainstek

Sumber: olahan penulis.

Tulisan ini disusun sebagai bahan masukan akademik yang bersifat terbuka untuk didiskusikan lebih lanjut. Sinergi antara Kementerian Kesehatan, Kemendiktisainstek, Kantor Staf Presiden, dan institusi pendidikan kedokteran diharapkan dapat menghasilkan arsitektur kebijakan yang koheren, sehingga praktik baik yang telah terbukti di tingkat institusi dapat diskalakan secara nasional demi tercapainya target pemenuhan 70.000 dokter spesialis sebagaimana diamanatkan RPJMN 2025-2029.

DAFTAR RUJUKAN

- Kantor Staf Presiden, Kedeputan III. (2026, July 8). *Bahan pengantar rapat koordinasi penyelarasan dan sinkronisasi kebijakan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) berbasis perguruan tinggi dan rumah sakit.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/294/2026 tentang Pedoman Teknis Pemberian Rekomendasi Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan.*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit.*

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026). *Surat Edaran Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/2164/2026 tentang Penataan Status Jabatan Fungsional Tenaga Medis di Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2026). *Surat Edaran Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor TK.02.01/D/2311/2026 tentang Tindak Lanjut Kerja Sama Rumah Sakit Pendidikan Utama dengan Fakultas Kedokteran*.
- Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi Republik Indonesia. (2026). *Keputusan Menteri Nomor 39/M/KEP/2026 tentang Petunjuk Teknis Layanan Pengembangan Profesi dan Karier Dosen*.
- Meara, J. G., Leather, A. J. M., Hagander, L., Alkire, B. C., Alonso, N., Ameh, E. A., Bickler, S. W., Conteh, L., Dare, A. J., Davies, J., Mérisier, E. D., El-Halabi, S., Farmer, P. E., Gawande, A., Gillies, R., Greenberg, S. L. M., Grimes, C. E., Gruen, R. L., Ismail, E. A., ... Yip, W. (2015). Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *The Lancet*, 386(9993), 569–624. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X)
- Republik Indonesia. (2005). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen*.
- Republik Indonesia. (2012). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi*.
- Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.
- Republik Indonesia. (2024). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.
- Wicaksono, A. S., Tamba, D. A., Sudiharto, P., Basuki, E., Pramusinto, H., Hartanto, R. A., Ekong, C., & Manusubroto, W. (2020). Neurosurgery residency program in Yogyakarta, Indonesia: Improving neurosurgical care distribution to reduce inequality. *Neurosurgical Focus*, 48(3), E5. <https://doi.org/10.3171/2019.12.FOCUS19855>



Terima kasih telah membaca kajian ini.

FIAD terbuka bagi siapa saja yang memiliki kepedulian, pengetahuan, pengalaman, atau keahlian yang ingin dibagikan untuk kepentingan publik.

Gabung di bit.ly/GabungFIAD