

LAMPIRAN

Lampiran 1 Transkrip *Focus Group Discussion*.

TRANSKRIP FOCUS GROUP DISCUSSION

Acara akan segera dimulai, kepada bapak ibu sekalian mohon dikondisikan handphonenya agar segera kita mulai acara pada siang ini. Bismillahirrohmanirrohim, assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh. Alhamdulillahirobbil 'alamin, wabihi nasta'in 'ala umuriddunyawaddin, ashsholatuwassalamu'ala asrofil ambiyaa iwal mursalin wa'ala alihi washohbihi ajma'in. Asyhadu an la ilaha illallah wa Asyhadu anna muhammadan suhu warasuluhu. Robbisrohlisodri, wayassrili amri, wahlul uqdatammilisani yafqohu qouli.

Yang terhormat bapak ketua pimpinan pusat muhammadiyah bidang kesehatan bapak dokter Agus Taufiqurrahman.

Yang kami hormati ketua majelis Pembina kesehatan umum pimpinan pusat muhammadiyah bapak drs. Agus Syamsudin, Yang kami hormati wakil ketua majelis kesehatan umum MPKU ketua Asosiasi rumah Sakit Aisyiyah Muhammadiyah atau arsaMU, dr. Slamet Budiarto SH. Yang kami hormati para pimpinan rumah sakit lingkungan Muhammadiyah Aisyiyah Seluruh Indonesia dan para undangan yang berbahagia.

Yang pertama-tama yang paling utama marilah senantiasa kita memanjatkan puji syukur kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala karena karunianya lah sehingga kita sampai hari ini masih mendapatkan nikmat iman, nikmat Islam, nikmat kesempatan, sehat walafiat, jika kita melaksanakan kegiatan yang bermanfaat siang hari ini dan malam nanti yaitu Fokus group Discusion "Dinamika dan Sikap Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiah terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 tahun 2019" secara kebersamaan di Hotel Grand Zuri Yogyakarta bertepatan dengan tanggal 9 Syafar 1441 Hijriah atau 8 Oktober 2019. Salawat dan salam semoga senatiasa tercurah kepada baginda Rasulullah Shallallahu Alaihi Wasallam beserta keluarga, kerabat, sahabat, hingga umatnya hingga akhir zaman.

Baik, hadirin sekalian yang berbahagia adapun agenda kita pada hari ini yaitu pembukaan, pembacaan doa, menyanyikan lagu mars Muhammadiyah, sambutan-sambutan, selanjutnya adalah penjelasan materi diskusi internal dari arsaMU, penjelasan materi oleh dr. Sundoyo, diskusi dan penutup.

Marilah bersama-sama kita membuka dengan melafadzkan basmallah, Bismillahirrohmanirrohim.

Selanjutnya adalah pembacaan doa yang akan disampaikan oleh bapak Haji Iqbal pada beliau kami persilahkan.

Bismillah, bismillah, Assalamualaikum warahmatullahi wa barakkatuh

Ibu bapak sekalian sebelum kita mulai acara kita siang ini marilah kita awalai dengan iftitah, Alfatihah. Bismillahirrohmanirrohim Alhamdulillah amin ya Rahman ya Rahim Maliki yaumiddin iyyaka na'budu wa iyyaka nasta'in

ihdinas sirotol mustaqim sirotol ladzina an amta alaihim ghairil maghdubi alaihim waladholin Amin.

Bismillahirrohmanirrohim Alhamdulillah Hamdan na'imin Hamdan yuwafi mazidah Yaa Rabbana lakal hamdu kamaa yambaghi liljalali wajhikal karimi wa'adzimi sulthonik. allahumma sholli ala sayyidina muhammad wa ala ali sayyidina muhammad.

Ya Allah baguskanlah agama kami, ijinkan kami berpegang teguh dengan urusan kami, baguskanlah pula dunia kami karena tempat kami mencapai Maisha, baguskanlah akhirat kami tempat kami kembali, dan jadikanlah hidup ini untuk menambah kebaikan dan jadikanlah pula kematian sebagai rehat dari segala keburukan. Ya arhamarrohimin Irhamna birohmatika Ya Allah yang maha pengasih dan maha penyayang sayangilah kami dengan rahmat, ya Allah tolonglah kami sesungguhnya engkau maha penolong, Ya Allah Ya Robbi jika PMK 30 membawa manfaat, mudahkanlah kami untuk menjalaninya, jika PMK 30 membawa mudhorrad gantilah dengan yang lebih baik, ya Allah turunkanlah keberkahan dari kami dan keluarkanlah segala Rizky dari bumi. Robbana Atina Fiddunya Hasanah wafil akhirati Wakina azabannar Subhana rabbil izzati amma yasifun wasalamun alal mursalin walhamdulillah rabbil alamin.

Selanjutnya adalah menyanyikan Mars Muhammadiyah, kepada hadirin mohon berdiri.

Selanjutnya adalah sambutan sekaligus pembukaan acara kita secara resmi yang akan disampaikan oleh ketua majelis pembinaan kesehatan umum pimpinan pusat Muhammadiyah, bapak drs. Agus Syamsudin, kepada beliau dipersilahkan.

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, Alhamdulillah wa syukurillah wala haula wala quwwata illa billah, Ashadu ala ilaha illallah wa asyhadu anna Muhammadan abduhu wa rasuluh, amma ba'du.

Alhamdulillah bapak ibu pada siang ini kita dapat berkumpul bersama-sama, terima kasih kepada yang terhormat Bapak ketua bidang kesehatan dr. Agus Taufiqurrahman. Para pengurus MPKU Muhammadiyah dan juga teman-teman semuanya para direksi dan ada beberapa juga dari klinik ada yang hadir pada kesempatan hari ini. Saya kira ini adalah kesempatan yang luar biasa dalam waktu yang relatif pendek dengan WA, kemudian bapak dan ibu bersedia berkumpul pada siang hari ini, dan ini menunjukkan bahwa betapa pentingnya topik yang akan kita diskusikan pada siang sampai malam nanti. Oleh karna itu soal mendisk bapak dan ibu, bapak dan ibu lebih tau daripada saya, saya ingin menggaris bawahi saja beberapa hal yang menurut saya itu sangat penting, kalo beberapa waktu yang lalu itu kan kita sering mendengarkan kata VUCA ya kan, volatility, uncertainty, complexity sama ambiguity, dan inilah saya kira saat yang tepat buat kita exercise bahwa VUCA itu sudah datang, tiba-tiba dengan sebuah surat dari Kementerian

Kesehatan berubah total nih, apa? Platform bisnis Rumah Sakit di Indonesia. Tapi kita tidak pernah tau kan kalau misalnya, besok pengumuman Menteri kesehatan ya to? Yang ini baru berjalan 3 bulan, tiba-tiba Menteri kesehatan yang baru bilang “eh saya ganti ni” iya itu bisa terjadi maksud saya, karna ada pergantian apa, Menteri gitu lo. Nah jadi kita juga pertama siap bahwa ada peraturan-peraturan yang membatasi, tapi kemudian ada kemungkinan lo sebaliknya ya. Saya tidak berandai-andai tetapi yang disebut VUCA itu seperti itu gitu lo. Oleh karna itu bapak ibu semuanya sebenarnya yang paling penting adalah bagaimana kita bereaksi terhadap PMK 30 ini. Faktanya yang pertama adalah PMK ini tidak hanya mempengaruhi Rumah Sakit Muhammadiyah tetapi juga seluruh rumah sakit di Indonesia, artinya siapapun yang bergelut dibidang Rumah Sakit akan mengalami dampak yang sama. Jadi bapak dan ibu tidak sendiri gitu kan, saya tau dr. Wiri sudah membangun 8 lantai terus gimana ini gitu kan. Oleh karna itu yang pertama menurut saya sangat menghargai apa yang dilakukan oleh teman-teman hari ini. Tentu saja yang pertama menurut saya kita harus paham dulu apa sih isi PMK ini, nah sayangnya acaranya ini kebalik nih, mestinya kita dengerin dulu paparan dari Kemenkes baru nanti malam didiskusikan, tetapi saya tau dr. Slamet sudah berdiskusi dengan PERSI, jadi setidaknya sudah ada bahan juga, jadi setelah ini akan sharing apa aja yang sudah didiskusikan di PERSI dan kemudian dampak-dampak seperti apa yang akan terjadi seandainya PMK ini dilakukan.

Jadi yang pertama kita mesti paham dulu makanya ini agak kebalik tapi gak apa-apa, nanti malam kita bisa bertanya seluas-luasnya. Kemudian setelah itu, kita lihat kembali apakah dampa-dampaknya itu, dampaknya itu selalu ada dua iyakan, ada dampak positif dan negatif, tapi sementara ini kan kita melihatnya itu kan negatif gitu kan. Kalo saya lihat di groupnya, kita diskusi itu semuanya negatif kabeh. Jadi siapa tau lo, nanti setelah ini kita menemukan hal-hal yang positif juga. Sekalipun nanti kita bisa timbang-timbang mana lebih banyak positif atau lebih banyak negatifnya. Nah baru setelah itu menurut saya kita harus punya strategi bersama, keuntungan kita disini adalah kita bareng-bareng ni banyak, sekarang bayangkan kalau kemudian bapak dan ibu ternyata pemilik satu Rumah Sakit namanya misalnya Budi Utomo Rumah Sakitnya, cuma satu dia gak punya teman sama sekali, itu lebih susah menurut saya sih, mau ngomong sama siapa gitu kan, satu. Kalo yang mau disambati siapa, gak ada, paling misalnya hanya teman-teman yang dekat saja, oleh karna itu saya melihat setelah itu strateginya apa dari sini. Pilihannya cuma ada beberapa kok, menurut saya, satu kita tolak mentah-mentah, pertanyaannya kita bisa gak menolak ini? Kayaknya gak bisa kan. Jadi we have to life with that, kita harus hidup dengan PMK ini, itu satu. Kemudian yang kedua adalah, kita bisa jadi minta revisi sebagian, bisa jadi, kita datang konsultasi. Kemudian yang ketiga sampai kepada ranah

konstitusional, kita misalnya harus JR, itu juga kemungkinan juga. Ada banyak kemungkinan-kemungkinan.

Tapi yang tidak kalah pentingnya menurut saya disamping kita melakukan yang tadi ini, strategi kita apa saja sih supaya kita bisa survive, inilah yang paling penting. Jadi fokusnya tadi kalo dihitung semuanya negatif, fokusnya setelah itu kita harus apa, strateginya apa ya kita supaya kita bisa tetap survive, kan inti dari reaksi terhadap VUCA kan seperti itu supaya kita bisa survive, nah setelah itu actionnya apa, memang ada dua group besar kan, Jawa tengah dan Jawa Timur yang jumlah Rumah Sakitnya 60-60 atau 40-50, tetapi setidaknya nanti akan diskusi tambahan, jadi hari ini menurut saya bisa menjadi diskusi yang pertama, tapi menurut saya akan ada diskusi-diskusi selanjutnya. Saya tau kemaren di group Jawa Tengah kan sudah mau bikin acara tanggal 18 kalau gak salah ya, nah itu bagaimana nanti, bagaimana proses pendampingannya gitu kan, tetapi saya berpikir setidaknya dari PMK ini bahwa kemudian kita gak bisa berpikir lagi sendiri gitu lo, mesti ada regionalisasi akhirnya.

Saya sebenarnya sudah beberapa kali pernah menyampaikan juga misalnya ke bu dokter Manik, bisa gak Semarang jadi centernya dan kemudian dikelilingnya kan ada Kudus, ada Demak, ada Pati, ada Mayong ya terus kemudian ada Tegal dan sepertinya mulai berpikiran bersama-sama jangan kemudian sendiri-sendiri. Oleh karena itu sebagai Network menurut saya kita menjadi penting untuk mulai berpikir bareng-bareng dan tidak berpikir sendiri-sendiri, kalau ada Pak Iwan saya jadi ingat Ponorogo itu satu kota rumah sakitnya dua kapasitasnya sama dokternya sharing, sekarang pembagiannya mau bagaimana ini ya kan rezekinya bagaimana ini membaginya apa tetap kamu di C saya di B. Atau di tempatnya mas Hasan ini dalam radius 10 km ada beberapa rumah sakit itu, entah itu yang punya kita atau belum.

Jadi bapak - bapak dan ibu saya sangat bergembira dan mudah-mudahan hari ini kita bisa membuat ujungnya ada strategi, ada action yang memang harus kita buat bersama-sama. Dan saya yakin diskusinya tidak hanya sekali ini, saya berharap setelah ini dari wilayah lain membuat suatu rumusan sehingga bersama inilah yang harus kita lakukan. Saya kira ini menjadi akhir dari sambutan saya, tapi setelah ini kita mohon pengarahannya dari bapak ketua bidang, next-nya seperti apa, barangkali ada info-info yang lain. Termasuk siapa Menteri kesehatannya kan seperti kan gitu, dan syukur-syukur Menteri Kesehatannya dicabut ya ini ya, kan rampung gitu ya. Tapi kesempatan bagus ini saya juga ingin ngomong ada beberapa direksi yang baru, bagusnya kita berkenalan ada dr. Manik yang dari Bandung, baru beberapa minggu yang lalu ya.

Ada yang baru lagi nggak? Ada lagi? Siapa? Pekacangan, Kendal mana Kendal? Datang enggak? Dengan Dokter siapa? dr. Suhadi, oke. Terima

kasih, semoga ini menjadi sesuatu bentuk kenalan lagi dari awal dan mudah-mudahan hari ini menjadi sesuatu hal yang penting, terakhir sebelum ditutup saya ingin menggaris bawahi memang kita di dalam MPKU, kita ini berbagi tugas dr. Slamet itu kan kalau di wakil Bidang kerjasama dan hukum ya, jadi kemudian beliau banyak sekali yang berhubungan dengan urusan luar dipercayakan kepada beliau, kemudian hari ini dr. Slamet yang memimpin karena memang yang mulai advokasi ya, saya tahu dr. Slamet banyak gak disukai di luar karena ngomongnya agak frontal, tapi ya nggak papa menurut saya sih. Ada yang main lunak ada yang main keras gitu ya, itu penting juga menurut saya. Kemudian yang paling penting taktik kita, strategi ini yang kita bangun bersama-sama supaya kemudian mendapatkan hasil, karena kalau strateginya ini tidak mendapatkan hasil ya percuma aja gitu, itu saja bapak ibu semuanya kurang lebihnya mohon maaf. Setelah ini kami mohon dari ketua bidang memberikan pengarahan sekaligus membuka acara ini, assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Baik bapak ibu, mari kita dengarkan bersama-sama sambutan arahan yang akan disampaikan oleh ketua pimpinan pusat Muhammadiyah bidang kesehatan bapak drs. Agus Syamsudin kepada beliau kami persilahkan.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh, alhamdulillahirobbilalamin wabihi nasta'in wa ala umuriddunya waddin, assalatu wassalamu ala asrofil Ambiya Iwal mursalin wa ala alihi wa shahbihi ajma'in, teman MPKU pimpinan Muhammadiyah Pusat yang kami hormati, mas Agus dan kawan-kawan, alhamdulillah relatif komplis untuk ketua dan wakil ketua hadir, di belakang juga masih ada MPKU perwakilan wilayah, bapak ibu direksi dan seluruh pejuang dakwah melalui pelayanan kesehatan di Muhammadiyah yang kami banggakan. Saya beberapa kali mengikuti acara yang diselenggarakan oleh persyarikatan Muhammadiyah, diantaranya beberapa pertemuan dengan para pimpinan amal usaha Muhammadiyah termasuk Rektor direktur rumah sakit dan beberapa pimpinan amal usaha yang lain, yang sering dikomentari oleh orang luar adalah Muhammadiyah bisa memiliki amal usaha yang umurnya begitu panjang dan sampai sekarang relatif tidak ada yang gulung tikar walaupun ada biasanya mager berapa perguruan tinggi terkait beberapa aturan. Memiliki Sekolah Tinggi itu di banyak tempat mager bergabung menjadi universitas, terus ada yang orang ingin mencari sebetulnya nilai-nilai apa yang berkembang di situ yang menjadikan beberapa amal usaha Muhammadiyah itu berumur panjang, sebetulnya untuk rumah sakit nilai-nilai itu ditulis disertasi oleh bapak ketua MPKU, jadi nilai-nilai apa yang berkembang sehingga menjadikan Rumah Sakit kita bertahan sampai sekarang, mudah-mudahan nanti bukunya akan segera terbit gitu menjadi ciri khas pengelolaan Rumah Sakit di Muhammadiyah. Satu yang di disertasi tentunya lebih banyak, tapi kalau saya harus menyampaikan 3, para pengelola amal usaha Muhammadiyah spirit

pemimpin amal usaha itu sebagai ibadah jadi sebagai ibadah maka didalamnya ada ikhlas, kata bapak-bapak yang sering mengamati antara yang lain adalah pengelola amal usaha Muhammadiyah itu rata-rata pejuang, kenapa disebut pejuang? betapa banyak para pemimpin amal usaha Muhammadiyah itu merintis sejak dari 0, dia sudah disertai terus dia bisa berbuat seperti itu komentar bapak itu, hanya pejuang yang bisa seperti ini.

Maka ketika ada tantangan PMK 30 itu kita yakin bagi pengelola amal usaha Muhammadiyah ini tantangan benteng yang tidak bisa tidak ditembus, bagi pejuang saya yakin punya keseriusan menghadapi ini, tadi bapak Agus Syamsudin menyampaikan bagaimana dengan konspirasi politik ini, jadi jadi mohon di ruangan ini kita keputusan yang dibikin oleh Menteri sementara di ruangan lain, di tempat yang lain, sedang berbicara siapa yang mau menjadi Menteri? Betul begitu? Jadi kita di sini membicarakan keputusan Menteri yang lain sedang mempersiapkan siapa yang jadi Menteri, kalau temen-temen itu ada yang serius jadi Menteri saya Insya Allah bisa membantu, asal semua serius dukung saya jadi presidennya.

Mosok tegang gini, jadi kembali pada yang tadi, ini ada PMK 30 yang kemudian menjadi perbincangan di banyak tempat, tapi bagi para pejuang yakinlah meski kita bisa menghadapinya dengan baik. Perjalanan Muhammadiyah itu kalau dibilang ketemu bajing, tahun 60-an sampai 70-an itu bajing-nya itu lebih dahsyat, internal maupun eksternal tantangannya itu lebih berat. Tapi alhamdulillah atas izin Allah semuanya itu bisa terlewati dengan baik, dan saya punya keyakinan PMK ini juga bisa berjalan dengan baik, dengan artian disikapi oleh Muhammadiyah, sikap justru diajari oleh guru-guru kita peristiwanya boleh sama tapi yang membedakan nasib itu adalah bagaimana menyikapi peristiwa itu, oleh karena itu disini teman-teman diajak berkumpul untuk mendiskusikannya, tadi bapak ketua MPKU sudah menyampaikan harusnya alurnya di balik, sehingga tadi ketika disampaikan bapak iqbal sebaiknya ada konferensi pers, bilang nanti setelah selesai. Jangan sampai sebelum diskusi sudah konferensi pers, karena nanti di dalam akan ada perubahan-perubahan kebijakan yang kita ambil. Dan kembali kepada tadi, terus yang ketiga apa? yang ketiga kata pimpinan Muhammadiyah yang mengamati itu selain nilai ibadah ada di dalamnya, terus para pengelolanya pejuang, kata beliau adalah yang ketiga para pengelola amal usaha Muhammadiyah itu orang menyadari bahwa dia orang-orang yang profesional. Saya yakin teman-teman adalah profesional di bidangnya masing-masing, saya yakin sebesar apapun tantangan bagi profesional itu bisa disikapi dengan baik. Kita punya masalah? iya! tapi saya senang dengan kalimat yang sering diberikan kepada anak SMA itu, jadi kita tidak boleh berteriak masalah begitu besar, bagi kita orang yang beriman kita punya Allah yang maha Besar sehingga sebarang masalah kalau Allah sudah menurunkan kekuatan nya, yakin. Dan siapa yang diberi solusi oleh

Allah, yang mereka di dalam al-qur'an disebut Maka pertemuan ini adalah bagian dari kesungguhan kita untuk menghadapi masalah ini dan saya yakin bisa. Insya Allah bisa. Proses perpajakan yang selama ini menghantui kita, beberapa rumah sakit ternyata ketika kita ketemu pemangku kebijakan sedang disusun dan mudah-mudahan segera terwujud, seharusnya agar seperti Muhammadiyah ini justru disubsidi bukan ditarik pajak. Itu informasi dari kita, cuma permasalahannya membikin aturan-aturan ini hanya berlaku untuk Muhammadiyah itu tidak boleh, tidak boleh dipasang perundang-undangan jadi selama ini perpajakan seperti ini, karena memang tidak tahu bahwa Muhammadiyah itu seperti kita, walaupun Menteri juga belum paham tidak ada pengurus Muhammadiyah itu yang digaji, bahwa ketika ada amal usaha punya keuntungan itu dipanggil untuk melayani di tempat lain, dan setelah itu dipahami sekarang proses terus menerus dan berjalan.

Kami informasikan Rabu kemarin pimpinan pusat menyelenggarakan pleno, bu Menteri Keuangan sendiri hadir di forum pleno itu dan melanjutkan komunikasinya. Hanya pertanyaannya kapan ditandatangani, keburu diganti atau tidak itu? tapi kita berharap nanti segera akan selesai, jadi teman-teman yang terlanjur pusing tidak bisa bikin NPWP ternyata semuanya jadi dimudahkan dengan baik. Pokoknya mari tetap bergembira, jadi kalau nanti PMK-nya tidak bisa diganti maka yang diganti adalah Menterinya, gitu kata bapak Agus Samsudin, sekarang yang penting bapak ibu kita ini sudah dikasih nama oleh para pendahulu kita, tidak menggunakan nama organisasi tapi kita memilih nama persyarikatan, karena memiliki makna yang kuat, harus memiliki ikatan yang kuat, dia harus bekerja bersama, bergerak bersama, artinya mungkin sama maknanya dengan organisasi tapi kita tetap memilih persyarikatan karena memiliki ikatan yang lebih dari sadar organisasi, maka sangat bijak yang dilakukan PKU saat ini, mengumpulkan teman-teman dan kita sudah ada kesepakatan memang MPKU harus mengkoordinir seluruh amal usaha kesehatan dan ketika kita menyuarakan suara saat rakornas di surabaya kemarin kita melakukan diskusi bersama dengan wadah kita bersama, oleh karena itu monggo nanti didiskusikan dengan baik, ini relatif komplit. Dan kalau pengalaman mengumpulkan alumni dengan singkat itu adalah dengan cara bid'ah dan harus ada PMK mudah-mudahan nanti menjelang rakornas akan ada PMK baru. Kita semuanya pengen maunya seperti itu, jadi nampaknya kita itu masih seperti dulu geleme ngerombol nek akeh nduwe tantangan baru masalah bareng, kenapa kita tidak belajar bareng terus-terusan, saya entah apa tapi Insyaallah ini mulai sadar bangun bareng-bareng.

Saya itu agak risih ketika ada orang tanya Muhammadiyah itu udah punya pabrik infus sendiri atau belum? lo memang harus punya? Halo sudah punya rumah sakit diatas 100 kok pabrik sendiri, saya juga pusing. Punya pabrik? diajak belanja bareng saja angel, oleh karena itu semangat bersama ini harus

dibangunkan. Nah oleh karena itu mari kita mulai bareng-bareng, terus kalau ada hal-hal yang memang harus ya semua siap, dan bagi kita tidak ada manusia yang sempurna maka justru di situlah letaknya kita saling mengawasi sesama kita, dan yakin bisa.

Rumah sakit dari mana? Sumatera hadir? Palembang? yang dari luar Jawa hanya Palembang? Lampung. Lampung, Metro. Babel. Bima. Bima hadir? Terus Sulawesi ada?

Peserta: Sedang mengurus pengungsi dari Papua itu

Kalimantan? dari mana, Pontianak? oh Banjarmasin, Jawa Timur berapa yang hadir mohon tunjuk tangan, begitu kompak seperti Jawa Timur ini luar biasa ini, ini mau berubah jadi tipe A semua ini?

Ini ngomong-ngomong itu menarik, kami ngobrol dengan salah satu direksi itu, ternyata kalau Rumah Sakit kita terkena PMK, terus direksi ngomong ini tidak boleh praktek rumah sakit, lo kenapa? kalau Rumah Sakit kita hanya tipe B, itu nggak boleh. Terus saya ngomong ya sudah nanti kamu praktek di rumah sakit lain tapi di sini kamu tetap direksi. Tapi, mau dimana?. Oleh karena itu siap, kita diskusikan bersama, nanti kita bahas bersama, nggak usah hanya karena PMK terus melakukan hal-hal yang menjadikan kita tidak produktif. Salah satu ciri khas Muhammadiyah yang sudah menjadi kebijakan di identitas Muhammadiyah, Muhammadiyah selalu melakukan dakwahnya dengan koridor konstitusi yang sah, kalau ada perubahan muhammadiyah akan melakukan prosedur perubahan yang konstitusional. Insya Allah ini bisa kita lakukan dengan baik, terima kasih atas kehadirannya dan sekali lagi kalau ditanya pak gimana PMK ini mau kita JR atau mau kita perbaiki atau minta yang lain-lain, kami masih menunggu 10 hari lagi siapa tahu ada perubahan yang lebih dahsyat dari itu, paham ya? tapi kalau mau usulkan Menteri dari MPKU saya yakin bukan bapak Iqbal ini, dan terima kasih kalau rencananya akhir nanti malam? Iya. Ya, nanti malam. Jogja ini kalau daerah sini bisa sampai jam 4, karena kehidupan malam di sini panjang, monggo diskusi dimanfaatkan dengan baik sudah jauh-jauh di Jogja. Insya Allah kalau ke Jogja ini kalau butuh apa-apa, butuh jamuan atau apa nanti bisa menghubungi bapak wakil dekan UMY, karena dia sedang syukuran fakultas kedokterannya terakreditasi A, semoga nanti FK UMY melakukan syukuran. Apa gunanya wakil dekan ya, jadi selamat untuk bapak wakil dekan mari untuk kebaikan dan kelurusan niat kita Insyaallah hasilnya akan baik apabila kita punya niat baik dengan kesungguhan kita Awali seluruh rangkaian FGD kita dengan bacaan Basmalah, bismillahirohmanirohim. Akhirnya bapak ibu bukan hanya PMK ini yang aslinya kita harus cermati tapi beberapa kebijakan yang ada di persyarikatan Muhammadiyah baik itu dari qoidah, pedoman maupun aturan selevel majelis pimpinan pusat mengamanatkan kita untuk meninjau kembali, karena harus sesuai dengan perjalanan amal usaha kita. Jangan sampai regulasi yang kita pikir menjadikan kita tidak bisa

melakukan dakwah dan pelayanan yang lebih baik, tapi tentunya bukan malam hari ini. Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Baik hadirin sekalian sebelum kita lanjut pada acara selanjutnya, ada informasi yang akan disampaikan kepada peserta yaitu yang pertama bagi peserta yang belum bukan absensi atau data kehadiran mohon agar segera mengisi ada di meja panitia, kemudian kuesioner yang dibagikan harap dikumpulkan di meja registrasi kopi break akan diantar para peserta. Makan malam di ruang restoran depan ruang meeting, demikian. Selanjutnya, mari kita dengarkan bersama pakaian materi dari bapak wakil ketua MPKU sekaligus ketua arsaMU, bapak dr. Slamet Budiarto, kepada beliau kami persilahkan, ini akan dimoderatori oleh Bapak Agus dan acara saya serahkan kepada beliau.

Baik, Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Bapak dan Ibu yang kami hormati, acara selanjutnya sebagaimana disampaikan oleh pembawa acara kita akan mendengarkan penjelasan dari dr. Slamet sebagai ketua arsaMU dan beberapa kali sudah mendiskusikan PMK 30 Jakarta maupun di tempat lain, hanya saya ingin menawarkan dulu sebelum acara ini kita mulai, yah pas sekali adzan Ashar sudah berkumandang teman-teman yang mungkin mau salat dulu, teman-teman yang mungkin sudah jamak, salat bisa melangsungkan acara karena sebentar lagi kan ini kita istirahat setelah kita istirahat kita mempersiapkan diri baik fisik maupun mental untuk mendengarkan Pak sundoyo, karena itu butuh kesehatan fisik dan mental, gitu ya, yang mungkin nuwun sewu mungkin yang mau salat, yang sudah jamak kita lanjut acara.

Bapak ibu PMK ini tidak hadir di dalam ruang hampa, realita ini tidak hadir dalam ruang kosong, sehingga akan membuat banyak hal yang bersinggungan dengan PMK ini, lain halnya kalau PMK ini hadir di ruang hampa, karena PMK kini hadir di sebuah kenyataan ada diberibu rumah sakit, beribu klinik, dan mereka sedang berkembang, mereka sedang progress, mereka sedang berjalan, tidak berhenti. Nah ini yang mungkin membuat berbagai, kalangan, berbagai hal, menjadi bersinggungan, bergesekan dengan PMK ini. Namun apa tadi yang sudah disampaikan oleh pak ketua MPKU dan Pak ketua Muhammadiyah kepala Bidang kesehatan, kita akan mencintai tapi ini dengan berbagai hal, nanti akan diarahkan boleh dr. Slamet, kalau PMK kini bisa kita ubah, ya kita ubah. Artinya coba beri masukan pada pembuat atau regulator untuk merubah PMK ini, karena ternyata di lapangan secara sosiologis ilmunya Pak Slamet itu tidak bisa berjalan, nah kalau tidak bisa kita rubah, strategi apa yang akan kita lakukan, untuk berbagai macam kemungkinan, kemungkinan pertama naik atau turun kelas, kemungkinan kedua memberhentikan pelayanan, kemungkinan ketiga memberhentikan dokter dan pegawai, jadi ada strategi tertentu yang terus berhenti di dalam jalanan proses rumah sakit ini, untuk selanjutnya bapak dan ibu mari kita

dengarkan dr. Slamet, setelah itu kita diskusikan apa yang akan kita lakukan dengan minimal 2 option yang tadi menjadi bahan sambutan dari bapak-bapak kita. Untuk itu saya persilahkan pada dr. H. Slamet Budiarto SH MH.Kes CD(calon doktor).

dr. Slamet: Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh, selamat sore nanti kita kedatangan khusus dari pejabat Kementerian Jateng ada lima, Kepala Biro Koor, Direktur rujukan dr. Hesti spesialis mata, kemudian kabisid-kabisidnya. Jadi nanti mohon disiapkan kalau perlu sampai puncak sampai maksimal ada jawaban, melihat pertemuan PERSI kemarin, dapat disimpulkan penyelesaian. Yang pertama adalah karena peserta audience tidak paham, jadi sudah membuat pertanyaan yang harus dijawab Menteri Kesehatan sudah di share di grup arsaMU, kemudian yang kedua di PERSI tidak paham, yang persentasi juga tidak paham. Saya semprot saja, karena Pak sundoyo Bukan dokter, pak Bambang hanya sepintas bahwa filosofinya PMK 30 itu pemerataan, waktu itu saya sampaikan, kalau kami militer dilakukan seperti itu siap semuanya, tapi ini unsur geografis, unsur keluarga, unsur kepegawaian, unsur kesejahteraan, itu selalu mengelilingi permasalahan pemerataan. Jadi kemarin tidak ada, saya dikritik oleh teman-teman ARSI, PERSI dan lain-lain. Kenapa biasanya Pak SB biasanya galak tidak galak, tadi kata bapak MPKU pak SB banyak musuhnya, kemarin saya tidak galak, karena kalau saya galak tidak mau datang pak sundoyo ke MPKU. Jadi saya tidak boleh galak, jadi saya akan jelaskan, boleh diinterupsi per slide betul-betul jelas, nanti kalau sudah jelas pada saat persentasi pak Sundoyo akan lebih paham, sehingga tidak seperti kemarin di PERSI, sudah nggak jelas, presentasi nggak jelas, semuanya ambyar. Baik, saya mulai, tadi bapak MPKU mengatakan ada maslahat, betul ada maslahat.

Pertama tidak diatur peralatan khusus, tidak ada, CT-Scan, MRI semua tidak ada, ini keuntungan bagi kita, kemudian tidak diatur jumlah bed, sebelumnya enggak ada aturan jumlah bed, kalau di luar negeri rumah sakit dengan jumlah 20 tempat tidur, 30 tempat tidur itu banyak. Kalau kita penduduk banyak rata-rata 50 tempat tidur ke atas. Kemudian, rumah sakit khusus yang sebelumnya tidak bisa melayani pasien umum, yang selalu berantem dengan BPJS sudah ada jalan penyelesaian jumlahnya 40% pelayanan, baik rawat inap maupun rawat jalan. Ini maslahatnya ini bapak MPKU Jawa Tengah. Kemudian, nah ini untuk mengukur antara maslahat dan mudharatnya, kesimpulannya di belakang, apakah maslahatnya lebih bagus atau tidak? doanya pak Iqbal tadi sudah masuk ke pak Iqbal ya terima kasih, kalau bagus ya jalan, kalau mudhorotnya banyak dibatalkan.

Kita masuk ke pelayanan medis, jadi ada nomor 101 pelayanan spesialis dasar, ada pelayanan medis spesialis penunjang, dan subspecialisnya ya, ada pelayanan medik spesialis lain. Jadi bapak ibu mohon dipahami kalau pelayanan medik dasar ya tahulah 4 besar, penunjang tahulah rehab medik,

anestesi dan lain-lain, ada pelayanan medik spesialis lain, katanya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Ini digabung antara gigi dan dokter, sehingga kesulitannya adalah dalam menghitung batas maksimal, contoh rumah sakit tipe batas maksimalnya 7 spesialis lain, berarti kita hitung ni dari 21 spesialis gigi dan umum masuk 7 di dalam ini, ya, nanti masuk ini dulu ya. Jadi 21 spesialis itu dihitung semua sebagai pelayanan medik spesialis lain, 21. Tadi dokter ada 21 dokter siap-siap pajak. Jadi, pelayanan medik spesialis lain gabung.

Oke ya, sehingga sisanya begini, di PKU Gombong ada 10 dokter spesialis lain plus 5 spesialis gigi, berarti kelebihan berapa? kelebihan 8 kalau di bersih, jadi yang 8 itu harus di warning untuk pindah 1 tahun ke depan, oke? sudah paham bapak-ibu?

Kita masuk penunjang, ini tidak usah dijelaskan lah, sudah tahu semuanya ya. Kita masuk ke permasalahan, ada FK dari UMY, itu harus ada dokter layanan primer di rumah sakit pendidikan, ini nomor 1 baru saya juga nggak paham pada saat rapat rapat-rapat tidak muncul, tapi tidak apa-apa pasal selundupan itu biasa, kemudian pelayanan dialisis, jadi pelayanan dialisis sudah jelas tertulis tidak ada di rumah sakit tipe C dan D, klinik utama gimana? masih bisa, karena klinik utama tidak atur di PMK ini. Nah, nah klinik utama masih bisa. Ya kan nggak diatur kok, oke? Kemudian hitungan IDI, dari 100% pasien HD, 82 sekian persen adalah dilayani di rumah sakit tipe C D dan klinik utama.

Saya sampaikan kemarin di depan Pak Dirjen bagaimana memindah 82%, kurang lebih 105.000 pasien se Indonesia akan diarahkan ke rumah sakit tipe A dan B, kemudian mereka tidak bisa menjawab, kemarin dijawab oleh pak sundoyo kalau di klinik utama, rumah sakit tipe C dan D kegawat daruratnya gimana, saya jawab bahwa di Australia itu klinik HD pelayanan-pelayanan dialisa itu di klinik ini, jangankan di klinik di rumah juga bisa. Adakan pasien-pasien yang di rumahnya program dialisis? Bisa. Oke bapak ibu untuk harga mati dialisis tidak ada di rumah sakit tipe C dan D hanya ada yang di tipe A dan B, terobosan hukum yang masuk pasal, yaitu pelayanan medis tertentu, kemarin kata pak Sundoyo tidak lewat itu tetapi nanti lewat Peraturan Menteri Kesehatan berubah 812, loh bagaimana bisa Permenkes 812 membatalkan yang dialisis sudah tidak ada lagi di tipe C dan D, ini masalah pertama, walaupun dengan Peraturan Menteri Kesehatan yang lain kalau tidak membatalkan yang ini BPJS tetap tidak mau membayar. Mau ke mana pun ke manapun kita kuncinya ke mana ya tetap BPJS kan. Baik, kemudian dokter subspecialis tidak boleh di RSUD, di rumah sakit tipe C dan D, tidak hanya subspecialis, spesialis pun ada yang beberapa tidak boleh di rumah sakit tipe C dan D, yang jelas sub tidak boleh. Kemarin disampaikan, oke pak Slamet, kemarin saya mewakili IDI pusat, saya sebagai wakil ketua yang membidangi, apakah dialisis itu masuk ke pelayanan spesialis atau

subspesialis? langsung dilemparkan ke IDI, padahal IDI sudah menjelaskan bahwa dialisis itu ahli penyakit dalam yang terlatih atau oleh HD inha, tapi seperti itu mutar-mutar terus. Kami contohkan seperti di Marta, kami mengeluarkan kalau katarak dengan komplikasi yaitu dokter sub, yang biasa oleh dokter spesialis, jadi di HD pun akan sama seperti itu, tapi ada ruang dan waktu kemarin bapak Bambang menyampaikan kepada kita udah grab akan di IDI lagi, jadi akan kita dapatkan di IDI.

Kemudian dokter subspesialis lain yang ada di tipe C, jadi siapa yang tanya, rumah sakit C mana yang ada subspesialis? coba ngacung. Wah bu Marni, satu, dua, tiga, empat, banyak. Nah ini terkait dengan peraturan konsil kedokteran STR dengan kompetensi tambahan, peraturan KKI menyatakan bahwa dokter subspesialis mendapat 3 STR dan 3 STR KT, 3 STR KT ini boleh dipakai boleh tidak, kemarin saya tanyakan ke teman-teman bidang kesehatan, bagaimana kalau misalnya seorang dokter sub punya 3 CV, 1 pakai yang KT, yang lain tidak. Jawaban bidang kesehatan, nanti di Peraturan Menteri Kesehatan 25 itu akan ditulis tidak boleh, jadi harus di pilih salah satu. Nah nanti akan bertentangan dengan peraturan konsil kedokteran, kedepannya di pembahasan Peraturan Menteri Kesehatan 252 IDI berpegang pada tidak ada dokter subspesialis. Karena undang-undang praktik kedokteran hanya menulis dokter dan dokter spesialis, STR-nya pun sama, jadi deadlock. Tapi saya tidak tahu nanti ditanggal malam pengumuman Menteri kesehatan di keluarkan juga tiba-tiba kita tidak tau, kalau seperti ini kan sebenarnya deadlock, tapi kan tiba-tiba dikeluarkan.

Kemudian, pelayanan medik dasar poli umum tidak boleh tipe C, B dan A, siapa yang ada poliklinik umumnya ngacung, banyak, sudah pendapatan sedikit ditutup lagi. kemudian ada spesialis yang tidak boleh ada di tipe C maupun tipe D, ini jumlahnya ada 14. Kemarin yang protes keras diacara PERSI adalah bedah saraf dan bedah mulut, karena ini termasuk kegawatdaruratan. Kenapa? misalnya di rumah sakit, di Kebumen tidak ada rumah sakit tipe B, tidak ada bedah saraf, kecelakaan kemudian stroke perdarahan, ini sangat membahayakan masyarakat, ini spesialis yang tidak boleh ada di rumah sakit tipe C dan D, ya dipilah-pilah. Nah ini kemarin saya tanyakan ini temen-temen sana juga tidak paham, padahal beliau yang menulis peraturannya. Kemudian pelayanan medis spesialis lain tidak ada kelas D, coba bapak ibu angkat tangan kelas D yang ada spesialis lain. Kemudian ada juga dokter spesialis yang tidak boleh di rumah sakit tipe B itu ortodonti dan Kedokteran nuklir, dua. Lanjut, rumah sakit khusus kelas C hanya untuk khusus ibu dan anak, di luar ibu dan anak harus A dan B. ada nggak rumah sakit khusus di luar ibu dan anak ayo? ada tu rumah sakit jiwa Klender, naik tidak bisa turun juga, masa jadi klinik utama gitu kan. Kemudian, simbol pelayanan medik spesialis lain dan subspesialis di setiap kelas rumah sakit selain di tipe A. Nanti saya akan terangkan, jika dalam satu

tahun tidak memenuhi maka fotensinya ini dibaca sendiri. Terus yang 11, pendidikan subspesialis akan sepi peminat, jadi temen-temen yang akan menyekolahkan subspesialis dipaksa-paksa, dikasih sanga kayaknya nggak ada yang pada mau nanti peraturannya nggak jelas. Sekarang sudah mulai banyak yang membatalkan, ini laporan dari perhimpunan subspesialis, kemudian dampak bagi masyarakat menjauhkan akses pelayanan, dampak bagi BPJS nih kemarin ada yang debatable kira-kira BPJS untung atau nambah defisit? defisit, orang pelayanannya ada di tingkat yang paling tinggi kok, iya ini kan di A, B, tarif antara tipe D, C sama A bisa 200%, satu tidak ada masa transisi bagi rumah sakit yang mau naik kelas, contoh rumah sakit Delanggu, dia akan naik ke rumah sakit tipe C minimal 1 tingkat harus secara bertahap, untuk mengadakan dokter tetap tidak ada masa transisi, langsung PMK 30 berlaku. Saya akan jelaskan satu persatu, ini rumah sakit khusus, saya tanya kepada teman-teman bidang kesehatan bagaimana bisa sebelum 2019 Kementerian kesehatan melegalkan semua rumah sakit khusus, mau rumah sakit ibu dan anak, mata, bedah, THT, dan lain lain, tiba-tiba dengan Permenkes ini semuanya ilegal ibu dan anak, kalau tidak di tipe A atau B, ini paling dapat di revisi karena undang-undang rumah sakit menyatakan rumah sakit khusus terdiri dari tipe A, B dan C. Kemudian, untuk rumah sakit umum, kelas A dan kelas B mempunyai kemampuan pelayanan medik spesialis dan sub, C dan D sudah tadi ya tidak ada sub. Kita lanjut, nah ini mohon dihitung mulai dari atas dulu, rumah sakit tipe B, rumah sakit tipe B saya mohon maaf, saya walaupun dokter saya pendidikannya sarjana hukum, saya S2 magister hukum, saya juga advokat, saya juga kursus drafting, saya melihat peraturan Menteri ini seperti permainan, tau nggak bapak ibu permainan, batas minimal sekian, apabila ada pengembangan ditambah sekian, kenapa nggak minimal dan maksimal, jadi seperti me apa ya legal grafiknya kurang pas, saya bacakan untuk rumah sakit tipe B, korban pertama adalah rumah sakit islam Pondok Kopi, rumah Sakit islam Cempaka Putih, yang lain PKU Jogja, Lamongan. Saya baca satu persatu, minimal saya enggak bacakan, maksimal adalah tambahan 2 spesialis lain selain spesialis dalam, 1 penunjang, 2 layanan medik sub, satu subspesialis, saya akan bacakan langsung kesimpulannya untuk rumah sakit tipe B, untuk rumah sakit tipe B maksimal 4 spesialis dasar, ini jenisnya ya walaupun dokternya 20 kalau jenisnya 4 ya boleh, ini ada jenisnya, kemudian 5 penunjang medik spesialis, kemudian 10 spesialis lain selain spesialis dasar, kemudian 4 subspesialis dasar, 1 subspesialis selain spesialis dasar, ada permainan satu lagi jika dalam satu provinsi tidak ada rumah sakit tipe A maka boleh menambah layanan, pertanyaanya rumah sakit tipe A jumlahnya 68, hampir disetiap provinsi ada artinya apakah ini berlaku nggak? gak berlaku. Mau jarak 100, pak Imam jarak sini semarang 200 kilo, ya ndak usah, dalam satu provinsi ada Rumah Sakit tipe A maka tidak bisa ditambah pelayanannya,

harusnya kalau misalnya tidak ada rumah sakit tipe A bisa menambah spesialis lain bisa menjadi 13, Pondok Kopi akan kelebihan 7 spesialis, subspecialisnya berapa bu Endah? kelebihan, apalagi cempaka putih bu Meta mana bu Meta, cempaka putih itu semua guru besar semua itu, nanti gimana mau takjiah. Baik, untuk rumah sakit tipe B sudah paham? Oke, tidak ada interupsi ya.

Kita masuk ke rumah sakit tipe C, langsung ke kesimpulan aja, rumah sakit tipe C maksimal 4 spesialis dasar, 5 penunjang, 3 pelayan medik spesialis lain, ini tipe C, siapa yang lebih dari 3 mohon bapak dan ibu ngacung? hampir semua, asik. Apabila dalam satu wilayah, bukan provinsi tidak ada rumah sakit tipe B maka bisa menambahkan 7 spesialis lain lagi, berarti jumlahnya 10, dan 1 penunjang medik spesialis iyakan, jadi jumlahnya 7 plus 3.

Peserta: jadi apabila tidak ada 7 maksimal?

Bukan, jadi maksimal pengembangan itu 3 iyakan, jika dalam 1 daerah tidak ada rumah sakit tipe B boleh menambah 7 lagi.

Peserta: berarti bukan maksimal 7?

Tidak, masih bisa nambah 7 lagi, jadi semuanya 10. B 13, ini diulangi lagi ni, B itu spesialisnya 10 kalau tidak ada tipe A nambah 3 lagi, jadi 13 oke. Sampai sini ada yang kurang paham, monggo buk, pak, bu Rumani sama pak Iwan.

dr. Rumani: singkat dok, Assalamualaikum warrahmatullahi wa barakkatuh, saya ingin bertanya dan saya ini dari rumah sakit kelas C seperti Cempaka Putih dan Pondok Kopi itu kan semua profesor ada disana, kalau ini tadi ada 4 spesialis dasar itu kan ada minimal gak dok untuk jumlah spesialisnya.

dr. Slamet: Jumlah tidak ada, tapi jenisnya 4.

dr. Rumani: Jumlah tidak ada ya, karna saya pernah baca jumlahnya itu kok 2, masing-masing bagian.

dr. Slamet: Ada jumlah minimal, nanti saya tunjukkan di slide berikutnya.

dr. Rumani: Berarti ada ya, tidak dibatasi jumlah dokter.

dr. Slamet: Jadi spesialis dasar minimal 4 kali 2 berarti 8, itu yang tetap.

dr. Rumani: Bisa lebih?

dr. Slamet: Bisa lebih.

dr. Rumani: Terus kemudian, ini saya lihat kemarin seperti media itu diberlakukan mulai 1 November?

dr. Slamet: 1 tahun dari PMK ini keluar, 27 September juga.

dr. Rumani: Kemudian, kebetulan rumah sakit Roemani untuk izin operasional habis dibulan Februari, ini bagaimana dok, karna dengan adanya PMK ini mau ke B atau C kita masih galau? terimakasih Assalamualaikum.

dr. Slamet: 1 Februari ya buk.

dr. Rumani: Awal Februari.

dr. Slamet: Berarti melebihi oktober, siapa tau Menteri kesehatannya pak Ibnu buk, tenang aja. Jadi, masa transisi selain pelayanan kesehatan tertentu atau selain pegawai tetap adalah 1 tahun, pertanyaan akan timbul, belum ada 1 tahun surat ijin operasionalnya habis, nanti ditanyakan ke pak Sundoyo. Ini masalah, ini tadi masalah, kalau naik kelas menjadi tipe B ibu harus menyediakan, dokter tetapnya 16, belum dokter umumnya ya, ini baru spesialisnya, belum spesialis lainnya, banyak. Makanya kemarin maaf bapak ibu kita menginginkan masa transisi dengan PMK untuk yang naik kelas, nanti kita tekan aja itu harus masa transisi, karna yang masa transisi yang di PMK ini bukan yang untuk naik kelas. Pak Iwan Monggo.

Pak Iwan: Apa bedanya 4 spesialis dasar di C dan B distribusinya? caranya, mekanismenya?

dr. Slamet: Ya, ini ada bocoran lagi, kebetulan saya masuk tim tarif kebijakan, jadi nanti akan ada single tarif, jadi operasi katarak di klinik utama di tipe D, tipe C, tipe B, tipe A akan dibayar sama, gitu, ngerti kan? Nah itu single tarif, untuk tindakan medis yang sama yang bisa dihitung unit costnya, kalau yang sekarang bapak dan ibu tidak usah marah-marah sama BPJS karna melalui tipe D dan tipe C dulu, jujur bapak dan ibu, jujur ya, kami rumah sakit tipe B di Jakarta menangis didalam hati, pada saat itu kita mau melakukan universal review, tapi kita melihat tipe B kita jumlahnya cuma 6, sedangkan tipe D, tipe C jumlahnya puluhan, artinya kita tidak melakukan, sudahlah kita yang menderita, jadi bu Meta, bu Umi, kita sudah, kita menderita tidak apa-apa yang penting rumah sakit tipe D dan tipe C ini hidup, ternyata hidup kan? untuk di daerah. Layak kan rumah sakit tipe B dibayar sama mau di Jogja dengan catatan sama padahal unit cost pengeluaran SDM-nya berbeda. Nanti ada bocoran lagi akan ada koefisien, jadi berdasarkan pengeluaran operasional rumah sakit. Misalnya Jogja itu UMK-nya adalah 1.5 jakarta 4.2, nanti ada nilai koefisien, Jakarta 1 Jogja 0.2 atau 0.3 yang jelas ada nilai koefisien, jadi itu pak Iwan tidak usah khawatir, tarif baru dikeluarkan Juni tahun 2020, kalau presiden Jokowi tanda tangan, dikoran sudah tanda tangan tapi BPJS belum bayar, paham ya pak Iwan.

Pak Iwan: Yang purna waktu?

dr. Slamet: Yang purna waktu nanti ada slidenya, oke. Baik yang tipe C selesai ya sekarang masuk yang tipe D.

Peserta: Interupsi pak

dr. Slamet: Iya, monggo.

Peserta: Jadi yang ingin saya tanyakan kalau tadi menurut penafsiran pak Slamet, step yang pertama itu secara automatically misalnya bertambah 3, katakanlah itu C, bila misalkan B bertambah menjadi 7 itu, jika ditanya 3 dan 7 sudah memenuhi menjadi B. Aturannya B dan C ada 4. Pertanyaan saya yang kedua, soal pengertian jumlah dan lampiran, karna di dalam lampiran itu memuat jumlah C, contoh misalnya spesialis penunjang, dihalaman 47,

spesialis penunjang untuk tipe B disitu kan menjadi syarat minimal 4, 4 itu spesialis sementara didalam lampiran 47 syarat wajibnya ada 5, kalau ada satu yang tidak dipenuhi berarti masuk syarat minimal atau satunya ini memang harus wajib? Kalau dia wajib berarti kan masuk menjadi tipe B, bila harus 5 tidak 4 ini kan pasal ini menjadi bingung, kemudian dihalaman 45 penunjang medis spesialis itu pengertian minimalnya bukan pada jenis tapi pada pengolongan, yang pertama saya sebut ya anastesi dan, rehabilitasi medis golongan yang kedua, golongan yang ketiga radiologi, radiologi terdiri dari 2, radiologi diagnostik dan invasif, kemudian laboratorium, laboratorium ini ada patologi klinik, mikrobiologi, psikologi. Ketika dilihat pada halaman 47 kan seseorang ini menjadi bingung untuk mendapatkan kriteria minimal 4, bila dia harus memenuhi kriteria pathology laboratorium berarti dia harus memilih ini. Yang saya ingin tanyakan penjelasannya bagaimana, apakah maksudnya pengertian penunjang medis 4 itu adalah 4 yang ada didalam halaman 47 atau 4 yang ada dihalaman 45?

dr. Slamet: Yang benar yang ada angkanya, karna dibelakang tulisan itu ada tulisan kecil, bahwa yang ada angkanya itu wajib.

Peserta: Padahal spesialis lain, ketemu angkanya ini benar tapi pada spesialis penunjang ketemu angkanya itu salah.

dr. Slamet: Nanti bapak sampaikan ke pak Sundoyo, bapak ngetiknya bagaimana ini. Yah

Peserta: Terutama yang di C tadi 7 ditambah 3 sudah 10, sedangkan batasnya 8.

dr. Slamet: Jadi inikan pemberian materi untuk malam nanti, ada beberapa, apakah ini penjumlahan atautkah ini jumlah maksimal, kalau maksimal ya kita dirugikan lagi, nanti ditanyakan. Apakah 7 spesialis itu adalah penjumlahan atau batas maksimal, nanti ditanyakan lagi ya. Sama yang penunjang, kalau yang penunjang ini salah ketik itu, yang ngetik itu terburu-buru. Iya, baik, yang lain? iya langsung ada tiga. Selesaikan sampai puas.

Saya bacakan ya, daripada bingung, Rumah Sakit umum kelas C dapat menambah pelayanan mediknya paling banyak 7 spesilis lain, pertanyaannya nambah dari yang 3 atau ini adalah maksimal. Kalo menurut saya, saya yang paling ringan nambah 7, kalau saya spesial review. Baik silahkan.

dr. Ari: Assalamualaikum pak Slamet mau tanya sedikit, saya dokter Ari dari Palembang. Yang menjadi pertanyaan saya itu adalah, kami kan banyak dokternya, ada yang spesialis dan sub, nah dengan peraturan PMK ini apakah subspecialis boleh di tingkat C tapi tidak melakukan intervensi terhadap pasien subspecialisnya, terus seperti saya, saya kan dokter obsgyn, kebetulan ngambil konsultan di obsetry ginecology, obsgyn sos.

dr. Slamet: Obsgyn sos tidak boleh, yang boleh maternal, rumah sakit khusus, bukan rumah sakit umum, terus? Lanjut.

dr. Ari: Yang pertanyaan saya tadi adalah itu kami kan punya spesialis dan sub nah bagaimana yang sub itu tidak menggunakan subspesialisnya dan bekerja di C, itu bisa atau tidak? Itu saja, terimakasih pak.

dr. Slamet: Aturan konsil kedokteran yang dibuat bersama ikatan dokter Indonesia KKI mengeluarkan untuk dokter subspesialis 6 STR, tapi SIP-nya tetap 3, 3 adalah STR dokter spesialis yang 3 adalah STR KT namanya pak, secara KKI diperbolehkan, terserah mau menggunakan KT dirumah sakit 1 yang 2 pakek yang spesialis itu diperbolehkan, tapi kemaren temen-temen, ini kan ada Kemenkes 252 tahun 2011 tentang praktik kedokteran disitu akan dimasukkan bahwa dokter subspesialis harus memilih, sehingga nanti terjadi tabrakan antara peraturan konsil kedokteran dengan Kemenkes. Pertanyaanya, undang-undang gimana? Undang-undang praktik kedokteran tidak mengenal dokter subspesialis, hanya dokter dan dokter spesialis, sehingga kemarin deadlock dengan Kementerian kesehatan, tidak bisa. Kembali ke undang-undang praktik kedokteran, jadi aturan yang sekarang diperbolehkan sampai terjadi perubahan peraturan 252, diperbolehkan. Apalagi?

dr. Ari: Yang masalah dokter obsgyn sos itu tadi boleh alasannya saya tau? Kenapa di tipe C itu tidak diperbolehkan pak?

dr. Slamet: Kata bu desti sama pak Sundoyo, kenapa rumah sakit tipe C khusus hanya ibu dan anak kan gitu, beliau menjawab angka kematian ibu dan bayi itu masih tinggi gitu lo. Saya jawabnya angka kebutaan lebih tinggi, beliau bingung, angka TBC tertinggi kedua setelah India.

Peserta: Apakah program Nasional itu di ibu dan anak kan gitu ya, artinya kan itu bagaimana memakai masalah program nasional.

dr. Slamet: Ada program Nasional, 1. Ibu dan anak, 2.Kebutaan 3. Paru 4. Canting, 5. Yang tidak kalahnya adalah umur harapan hidup, karna umur harapan hidup kita paling rendah di Asean. Harusnya kalau itu masuk ya gak ada aturan ini pak, karna ini menyangkut umur harapan hidup semua orang, dan artinya nanti ditanyakan kepada teman-teman Kementerian kesehatan yang dimaksud program nasional itu apa? yang boleh diijinkan. Baik, ayo belakang. Masih ada dua lagi, ya? ayo langsung.

dr. Syaib: Saya syaqib dari RS Fastabiq Sehat PKU Pati, kami ini rumah sakit kelas D dokter, yang cukup gemuk dan rencana naik ke kelas C dok InshaAllah, yang kami tanyakan, tadi kami kurang jelas tentang jumlah dokter spesialis lain di kelas C, tadi disebutkan di slide adalah 3 dokter spesialis lain sementara ketika saya lihat pasal demi pasal dilampiran itu tidak disebutkan secara jelas adanya jumlah batasan maksimal untuk dokter spesialis lain, kalau kita lihat di pasal yang 19 itu kata-katanya kan penambahan, artinya jika rumah sakit kelas C akan menambah layanan tapi tidak naik kelas maka maksimal 3, nah kemudian kalau yang dilampiran itu kita melihat di rumah sakit kelas C untuk yang non dokter kedokteran gigi itu

ada 8 spesialis lain yang plus minus artinya diperbolehkan, artinya apakah yang plus minus didalam lampiran itu semuanya boleh dikelas C semuanya ada gitu atukah ada batas maksimalnya dok?

dr. Slamet: Ini saya ulang lagi ni dari awal, ada spesialis yang betul-betul tidak bisa di C seperti ini.

dr. Syaqib: Betul dokter, yang dilampiran itu kan yang di C itu memang tidak ada dokter seperti paru, syaraf, jantung, THT, urology itu di C plus minus. Artinya kan boleh ada gitu?

dr. Slamet: Positif negatif, boleh ada boleh tidak.

dr. Syaqib: Nah apakah jumlah jenis layanannya itu dibatasi, atau tidak dibatasi gitu lo?

dr. Slamet: Pertanyaanya, dikabupaten tempat bapak apakah ada rumah sakit tipe B gak?

dr. Syaqib: Ada

dr. Slamet: Ada? Udah selesai, wassalam, maksimal 3 spesialis lain.

dr. Syaqib: Yang kami pahami pak dokter, nuhun sewu, yang dimaksud 3 ini adalah jika rumah sakit ini akan tambah layanan, bukan jumlah maksimal jenis layanan, tapi ketika rumah sakit ini akan menambah layanan. Contoh misalkan dok, rumah sakit kami sudah C tapi kami belum punya misalkan kulit kelamin misalkan dok, nah kami boleh menambah kulit kelamin tanpa harus naik kelas.

dr. Slamet: Pokoknya 3 jenis, maksimal 3 jenis. Karna minimalnya ini kalo tipe C, untuk menjadi rumah sakit tipe C tidak perlu ada spesialis lain, bisa, cukup 4 penunjang medik spesialis, udah. Tapi kalau ingin nambah pelayanan maksimal 3 spesialis, kalo tidak ada tipe B ada 2 macam, macam Ibnu atau macam Slamet, nanti tanyain apakah jumlahnya 10 atau 7? Nanti ditanyain ke pak Sundoyo. Jadi bapak cita-citanya terlalu luhur, orang udah ada tipe B. Ayo yang lain?

dr. Mukti: Assalamualaikum warah matullahi wa barakkatuh, saya dari RS Aisyiyah Mukti, saya dari RS aisyiyah malang, Jawa Timur. Yang ingin saya tanyakan tentang, aturan peralihan pasal 60 ayat C, terkait dengan kalau kita sudah terlanjur investasi hemodialisis atau kita cath lab, kebutuhan kita masih C pak, dapat diijinkan pemakaian sampai 10 tahun sejak peraturan diundang-undangkan, saya pingin penjelasan tentang ini, terus yang kedua terkait dengan peraturan pasal 60 ayat F, jelas kalau di lampiran itu disebutkan kita memang sedang gundah apakah kita akan naik ke tipe B atau tetap dengan C, dengan segala konsekuensi sekitar 8 atau 12 spesialis yang harus henggang dari rumah sakit kami, yang akan membawa dampak terhadap yang lainnya gitu, jadi disitu disebutkan 60 ayat F harus memiliki tenaga tetap paling lambat 1 tahun sejak peraturan diundangkan, padahal realitasnya kita untuk tipe C saja empat dasar masih kurang satu, kalau itu 2,2,2 tadi. Nah itu, pertanyaannya begini apakah tenaga yang dimaksud itu harus home dater atau

yang lain, kalau home dater luar biasa sakitnya nah itu pak, terima kasih assalamualaikum.

dr. Slamet: Pakai istilah home dater ini, home dater itu apa pak? Oh dokter yang ada di rumah, oh istrinya home dater? jadi ketentuan pasal berapa tadi, masa peralihan, ada 3 masa peralihan yang saya kutip, 1 mengenai dokter pegawai tetap, di PMK 30 tidak menyebut pegawai tetap terkait undang-undang tenaga, yang ditulis yang dimaksud SDM tetap adalah SDM tenaga tetap purna waktu, ada pertanyaan lagi, yang dimaksud dengan purna waktu itu berapa jam, 3 jam, 4 jam, 7 jam, 8 jam atau seminggu 3 kali? tidak ada definisi itu, nanti tolong ditanyakan. Pertanyaannya kita ada nih dokter kita angkat sebagai pegawai tetap, dokternya nolak, saya tidak mau jadi dokter tetap, tapi saya mau full timer di situ, itu masuk kriteria itu tidak? kan tidak kan, ini dokter tetap yang bekerja purna waktu, jadi selain tetap juga purna waktu, nah dokternya pengen tetap tetapi purna waktu, ya kan? karena tidak ingin terikat kepegawaian kan bisa saja nanti jangan lupa ditanyakan pak, terus yang kedua kemarin saya mendapat pertanyaan dari dokter Hidayat spesialis bedah tu, tipe B juga tu, lah kalau yang dikasih transisi 10 tahun wong ora, wong setahun disuruh kan? lah yo piye gitu kan? nanti ditanyakan, apakah yang dimaksud transisi 10 tahun itu adalah bersama dokternya atau tidak? misal dokternya adalah dokter spesialis misalnya, tidak semua ngerti bahasa Jawa ya, jadi saya ulangi ya bapak, bunyi pasal 60 ya itu diterangkan masa transisi, 10 tahun untuk pelayanan tertentu, apa definisi pelayanan kesehatan tertentu? adalah ada di ayat 2 ditambah lagi pelayanan kesehatan lain ada di ayat 3, itu harus berbicara ke situ, terus ditulis juga semua rumah sakit yang melakukan pelayanan tertentu harus izin Menteri Kesehatan, jadi seribu, dua ribu kasus rumah sakit pelayanan tertentu, contoh ada pasien nanti HD masuk pelayanan tertentu walaupun belum jelas berarti setiap rumah sakit izin dari Menteri Kesehatan, tugasnya Menteri kesehatan cuma tanda tangan buat apa, kenapa nggak di delegasikan ke dinas kesehatan. Itu harus didelegasikan, jadi itu hanya untuk pelayanan kesehatan tertentu yaitu pelayanan seperti strep cell, berbiaya tinggi, senang karena izinnya baru keluar jadi penuh kegembiraan, jadi itu ya pelayanan kesehatan tertentu yang berbiaya mahal, pendekatan akses pada masyarakat, diberi waktu 10 tahun, untuk waktu 10 tahun tidak ada keterangan apakah 10 adalah masa transisi alatnya atau alat dengan dokternya, karena kalau dokternya maksimal 1 tahun, nanti ditanyakan, itu yang kedua. Kemudian, ada lagi?

dr. Gazhali: Terima kasih saya Ghazali cari Rumah Sakit PKU Aisyiyah Boyolali, sekarang tipe D, beranjak mau ke tipe C, di rumah sakit sudah ada pelayanan hemodialisa kami mau beranjak ke tipe C, di tipe C hemodialisa itu ndak ada, itu yang menjadi kegundahan saya, kenapa? Karena saya sudah invest hemodialisa, bangunannya sudah ya dan segala macam nah bagaimana

ini menghilangkan kegundahan saya ini ya? karena dari tipe D itu kan ke C, nggak ada Hemodialisa gitu kan ya, terimakasih pak Slamet.

dr. Slamet: Saya jawab langsung ya, gundah gulannya Pak Gozali sama dengan 27 rumah sakit Muhammadiyah, sudah harga mati di lampiran dialisis tidak ada di tipe C dan D, klinik utama masih aman, kemudian pak Dirjen kemarin menyampaikan sekarang terserah IDI bawa itu pelayanan subspecialis atau spesialis, kalau menyatakan itu pelayanan spesialis selesai, pak Dirjen mengatakan seperti itu, internal kita pak Ghazali minggu ini atau minggu depan akan mengundang untuk membagi kompetensi, misal begini jadi teman-teman PERNEFRI itu belum bisa membagi misalnya pasien hemodialisis yang non komplikasi oleh ahli penyakit dalam itu belum, jadi itu tugasnya profesi IDI yang akan diselesaikan minggu ini atau minggu depan, kalau kita sudah menyatakan boleh didalam dengan sertifikat maka selesai semua pak. Cuma pertanyaannya apakah kita bisa memegang keterangannya pak Dirjen, jangan-jangan kita sudah oke ini oleh spesialis penyakit dalam terlatih, yang ngeles lagi saya tidak tahu, kalau sudah seperti itu ya bisa ribut, tetapi perlu kami sampaikan tidak usah gundah gulana pak, turuti saja, paling tidak sekarang MPKU PP Muhammadiyah dan arsaMU menyiapkan langkah-langkah untuk yang tadi dialisa, ada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812 pak, yang mengatur hemodialisa saya sudah dihubungi oleh ketua timnya Menteri Kesehatan, disitu kita perang lagi pak, agar nanti ada di tipe D, C, dan ini sudah jadi PP juga, jelas kok dialisa ada di tipe A, B, C, D dan klinik utama, itu sudah jelas, sekarang tinggal PERNEFRI-nya kita lagi melobi untuk melepas tadi kompetensi yang non komplikasi, untuk 1.37.40..... , selesai pak, itu jawaban saya gimana?

dr. Ghazali: Terima kasih

dr. Slamet: Terima kasih, yang lainnya yang kedua.

dr. Suhardi: Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh, saya Suhardi dari PKU Muhammadiyah Kendal dok, yang ingin saya tanyakan tentang syarat untuk rumah sakit tipe B. Itu ada dikatakan minimal dua subspecialis dasar, yang ingin saya tanyakan apakah 2 sub ini harus dari bidang yang berbeda, misalnya anak dan penyakit dalam, apa boleh dua-duanya penyakit dalam, atau misalnya dua-duanya sama sama KGH.

dr. Slamet: Kalau sama namanya jumlah, tapi kalau di situ Itu kan , tertulis jenis jadi ada subspecialis anak, dalam, subspecialis bedah sama obsgyn, ya sudah turunan dari situ, jadi ini bukan jumlah.

dr. Suhadi: Berarti tidak boleh kalau misalnya satunya KGH satunya endokrin bertentangan tidak dok?

dr. Slamet: Itu yang tidak diterangkan, bapak coba.

pak Ibnu: Justru yang ingin kita harus diskusikan pak Slamet, karena kalau di dalam pemahaman teman-teman tim saya itu minimal 2 dari 4 jenis sub, kita membuka pengertian 4 jenis sub pada halaman 47, karena disitu disebutkan

jadi kalau misalnya sudah paham, ada sub bedah, anak ada sub di dalamnya, maka harus memenuhi jumlah tipe jenis 4 jenis, jadi kalau misalnya onkologi dengan bedah vaskuler misalnya, tentang vaskuler, karena itu satu jenis.

dr. Slamet: Yang disampaikan pak Ibnu kayaknya betul, pak Ibnu itu orangnya rendah hati yang melakukan analisa dia yang ngomong dia, tapi ngomongnya tim saya, padahal tim saya ya saya kan gitu. Jadi sudah jelas pak bahwa itu jenis, misalnya bedah intensif dan bedah onko itu tidak boleh, tapi untuk pastinya Nanti ditanyakan, dicatat jangan lupa ya. Ada lagi, oke Pak Ibnu ada lagi.

dr. Ibnu: Ketika dia sub jadi sebenarnya pertanyaannya sederhana, ketika dia dikategorikan dari sub misalnya dalam hal ini obsgyn, sementara untuk menjadi B kan butuh 4 obsgyn tetap, sementara obsgyn konsulen kita sudah diakui menjadi konsulen, itu bisa diakui dua kan?

dr. Slamet: Tidak bisa dihitung, kalau dia memilih sebagai STR KT bisa dihitung, ya kan.

dr. Ibnu: Kita strateginya begini, kalau obsgyn kita diakui konsultan gitu kan, kan kami punya konsultan obsgyn 1 jenis yang bedah itu ada 3 tapi didalam 1 area, maka saya harus mengorbankan yang obsgyn sehingga kekurangan obsgyn.

dr. Slamet: Jadi kalau misalnya ada 4 dokter obsgyn, yang 2 dokter subspecialis obsgyn, apakah yang dihitung sebagai yang 4 ini, jawabannya tidak karena dia memakai yang sub nya, gitu lo pak.

dr. Ibnu: Kemudian kalau dia bedah, kami punya onko, sugestif gitu ya, ketika Kami menganggap bedah umumnya itu kurang, karna kami kelebihan di sub-nya bedah apakah bisa seorang bedah onko diakui sebagai bedah umum.

dr. Slamet: Kalau masalah bisa atau tidak bisa, ya bisa. Orang yang mesti bayar BPJS, mesti dibayar.

dr. Ibnu: Bukan, kalau dengan diakses dengan cara seperti ini

dr. Slamet: Bisa, saat ini bisa karena ada peraturan konsil kedokteran bahwa dokter spesialis bisa melakukan kegiatan spesialis. Itu bisa sampai hari ini.

sr. Ibnu: Saya ingin merevisi pasal 4, mengkonfirmasi pasal 60, jadi pasal 60 tadi yang ditanyakan itu kan sudah dijelaskan dia uppermasi di pasal 30, pasal 30 adalah jenis layanan yang diizinkan oleh Menteri kesehatan diterapkan jenisnya itu tidak termasuk HD dan cath lab, karena HD dan cath lab masuk kedalam izin operasional tipe rumah sakit tersebut, tanpa harus ada izin khusus dari Menteri Kesehatan.

dr. Slamet: Pertanyaannya adalah apakah cath lab tertulis di lampiran tidak?

dr. Ibnu: Tidak

dr. Slamet: Pertanyaan kedua dokter jantung boleh tidak di tipe C?

dr. Ibnu: Tidak, bisa iya bisa tidak.

dr. Slamet: Boleh, nah boleh kan. Pertanyaan ketiga kolegium jantung sudah menyatakan ini tidak boleh ada subspeialis, artinya di tipe C bisa tidak?

audience: Bisa, tidak.

dr. Slamet: Bisa

dr. Ibnu: Kalau cath lab itu pendidikan subspesialis atau spesialis?

dr. Slamet: PERSI sudah menyatakan ke IDI bahwa di jantung tidak ada subspesialis, cuma ada spesialis dan fero kompetensi tambahan. Jadi untuk jantung aman, yang membagi tipe C cath lab, cuma pertanyaannya BPJS bayar atau tidak itu kita diskusi di pertemuan nanti ya, oke lagi, yang itu tadi sudah? Betul, nanti ini dibahas untuk diskusi dengan pak sundoyo dan bu Hesti ya. Ya silakan, 3 Bantul ini pak Danang mana, oh itu.

Peserta: Tipe C juga ini pak, sepuh banget, pusing ini ada 12 dokter yang harus kita pikirkan kalau kita ini di tipe C.

dr. Slamet: Harus bersyukur Pak kalau Delanggu lebih pusing lagi pak, sama Singgih pusing lagi.

Peserta: Pertanyaan yang pertama, yang menentukan tipe RS siapa pak? karena kita nanti sudah nyusun seperti ini, yang menentukan tipe RS bukan kita, bukan Departemen Kesehatan bukan Kementerian Kesehatan, maksudnya itu siapa nanti yang menentukan?

dr. Slamet: Pak Ibnu coba dijawab Siapa yang menentukan? Ilmunya dibagi-bagi

dr. Ibnu: Jadi terkait dengan tipe RS, bisa dilakukan oleh Kementerian Kesehatan maupun atas permintaan BPJS, di dalam pasal ini kan sudah dijelaskan pak, bapak baca sesuai dengan tipe rumah sakit, kan sesuai dengan tipe rumah sakitnya, kan kalau di C dan D adalah Bupati atau Walikota melalui rekomendasi dari dinas kesehatan setempat, kalau dia tipe B akan dikeluarkan oleh gubernur, Tipe A Menteri dinas Kesehatan, oleh Kementerian Kesehatan.

dr. Slamet: Seharusnya bapak di freetes dulu tadi

Peserta: Kalau ini memang tipe C, bisa toh kalau kita misalnya dokter-dokternya nggak kita masukkan dilaporan yang di lain itu

dr. Slamet: O ya bisa

Peserta: Iya jadi kita sudah maksimal jadi ada dokter tipe A, misalnya ada 3 pelayanan medik spesialis lain tapi yang lain tidak kita laporkan.

dr. Slamet: Bisa wong tidak dilaporkan, bapak BPJS-nya berapa persen?

Peserta: Itu nanti pasien umum

dr. Slamet: Sebentar pasien BPJS-nya dulu berapa persen?

Peserta: 60 sampai 80 %

dr. Slamet: 60 sampai 80% kok rentangnya panjang, 80 ya?

Peserta: Oke iya, 80.

dr. Slamet: 80%, yang jelas BPJS tidak akan bayar, kalau pasien umum tetap tidak boleh, sekarang yang mengeluarkan izin praktek siapa? Dinas Kesehatan, dinas Kesehatan kan mengacu pada peraturan IDI, nggak keluar.

Peserta: Berarti memang tidak bisa melebihi dari maksimal tadi

dr. Slamet: Tidak bisa

Peserta: Berarti tidak bisa ngumpet?

dr. Slamet: Wong sekarang kan ada BPJS, mau kita lagi kemana aja itu terdeteksi.

Peserta: Ini maunya umum Pak, yang lain disembunyikan itu umum-umum, terutama yang sub-sub kami ada 6 orang, kami sembunyikan.

dr. Slamet: Ya, oke, disembunyikan bisa saja dengan surat izin praktek. Ya, lainnya?

Ya lagi tuh?

Peserta: Ya terima kasih, masih yang tadi dok, karena kita, saya melihat dari arsaMU ini kan mayoritas kelas C ya dok ya, C dan D, sedangkan yang C saja banyak sekali yang amat gemuk contohnya tadi ada Bantul ada yang Sruweng ada Gompong pila, walaupun Gompong akan ke B. Nah kira-kira dengan ketentuan maksimal dengan 3 dokter spesialis lain ini karena ini forum diskusi ta dok ya, kira-kira nanti kelas C ini harus bagaimana dok, apakah kita akan membuat semacam pertemuan dengan para dokter siapa yang suka rela akan keluar mungkin? kan begitu dok

dr. Slamet: Ya pokoknya saya kan melakukan sosialisasi pendahuluan, biar jelas beserta trik-triknya, untuk bahan nanti habis maghrib ya, nanti puas-puasin saja, jadi normatif dinas Kesehatan akan mengikuti ini, pasti Dinas Kesehatan. Tapi kemarin DKI ada yang ngasih tau, bahwa DKI itu ada undang-undang kekhususan, apakah bisa menggunakan undang-undang kekhususan dan kearifan lokal bikin sendiri? Jogja juga ada undang-undang kekhususan, nanti bisa melalui itu, nanti tanya ke orang hukum lah ya oke?

Peserta: Dr. Slamet saya mau menanyakan, pak sebenarnya ini pengen ngapusi juga, kayak yang tadi ini ngumpetin bagaimana caranya tidak membuang SDM, saya maunya seperti itu tapi ternyata dr. Slamet kan bilang tidak bisa ya. Kemudian gimana 3 STR itu ini caranya pemerintah untuk membuat dokter itu hanya satu tempat praktek, apakah seperti itu?

dr. Slamet: Menurut saya itu cara kasar bu, bukan cara halus. Kasar banget, karna kalau dia halus menggunakan undang-undang pegawai negeri dong, ini caranya kasar, kalau ibu tidak ingin dibatasi maka ubah rumah sakit tipe A, itu tidak ada batasan.

Peserta: Kemudian begini dok pertanyaannya, saya kan sudah punya dokter JP itu banyak, yang di rawat jalan, IGD, kemudian di rawat jalan kemudian backup ICU, terus tik 23 padahal untuk B kan hanya 10 ya. nah yang 13 itu mau saya buang kemana?

dr. Slamet: 10 itu minimal bu, bukan maksimal.

Peserta: Maksimalnya berapa?

dr. Slamet: Maksimalnya JP tidak di hitung.

Peserta: tidak dihitung ya? nah spesialis itu yang repot.

dr. Slamet: Pelayanan JP hanya ada di UGD, kemudian KIA ada ya, kemudian di ruangan poli klinik umum tidak ada, termasuk dokter gizi umum juga nggak boleh. Sama, pelayanan umum adalah pelayanan dokter yang di IGD. Jadi kalau ada dokter umum berarti ada di umum, ada di tipe D atau di rumah sakit khusus di tipe C, ibu dan anak boleh, positif negatif, ya. Oke.

Peserta: Assalamualaikum saya Bugarwuji Seno dari RSUD Muhammadiyah Banjarnegara ada beberapa hal yang saya tanyakan pertama adalah di di Banjarnegara tidak ada RS tipe B kami RS tipe D berusia 6 bulan. Nah bagaimana kalau kami membantu tipe C itu dalam 6 bulan Rumah Sakit Umum jadi tipe B, Apakah setelah penambahan yang masih ambigu tadi itu antara 7 dan 10 langsung tiba-tiba berhenti atau ada masa peralihan, terus yang kedua mengenai teknis, bagaimana mengatur share it dokter spesialis antar Rumah Sakit PKU kalau di lock 40 jam dalam satu minggu sebagai full timer otomatis per hari berarti 7 jam, sharing yang akan kita lakukan ini, itu hanya 5 jam, nah itu bagaimana cara yang kita siasati?

dr. Slamet: Baik, Sebelum berdiri RS tipe B bapak melakukan pengembangan dulu biar 7 spesialis, cepet-cepetan. Tapi kalau sudah ada tipe B ya bapak paling ga harus naik jadi tipe B, Kemudian bapak Ibnu saya titip sebentar karena ada detik.com mau nanya biar kita bikin rame di detik sedikitlah. 5 menit Pak Ibnu.

moderator: Baik bapak ibu kita akan dikawal dr. Ibnu sebentar, cuman saya bertanya Pak dr. Trisna sarjana hukum ada disini? yang mewakili majelis Hukum dan HAM PP Muhammadiyah? sudah hadir?

peserta: Belum pak

Moderator: belum hadir dokter Ibnu yang lanjutkan, kalau sudah hadir dari majelis hukum dan HAM bisa menyampaikan materinya karena kemungkinan kita akan yudisial review, akan dipandu oleh teman-teman majelis Hukum dan HAM, tapi kalau tidak MP yudicial review ya tidak apa-apa. Taffaddol Ustad dr. Ibnu..

dr. Ibnu: Mungkin saya dipandu oleh Pak Agus Sundar. Ibu bapak sekalian tadi yang disampaikan oleh dokter Slamet sepintas pada slide yg waw gitu kan, bicara mudharat dan manfaat, tapi kita ngomong mudharatnya semua ya kan, jadi capek juga presentasiinnya, saya cenderung tertarik saya ingin berdiskusi dengan teman-teman terkait dengan pasal 60, pasal 60 itu mengatur soal setelah ditetapkan PMK 30 maka PMK sekian sekian menjadi tidak diberlakukan, padahal Bagaimana mungkin kita akan, menurut saya ini dinas kesehatan provinsi atau kabupaten mengakses sebuah tipe rumah sakit bila hanya dengan PMK 30 ini saja, karna di sini tidak mengatur soal peralatan, padahal peralatan PMK 56, nah mungkin ini salah satu yang

ingin di kupas tuntas sampaikan kepada pak Sundoyo begitu ya, bagaimana seorang visitor mengakses sebuah rumah sakit, karena mestinya ada PMK lain yang muncul, kita kalau hanya dengan PMK nomor 30 maka di situ tidak memenuhi syarat kualifikasi peralatan yang disebut, berarti kan terjadi kekosongan hukum karena di sini dinyatakan tidak berlaku, kalau di dalam PMK 56 kan diterangkan secara detail apa saja, di PMK 30 ini tidak ada, sementara di pasal 60 PMK yang terkait itu batal, sejak diterapkan aturan ini, terus kemudian saya juga tertarik menyampaikan soal pasal 59 yang cukup panjang terkait dengan fase peralihan ada pengertian tumpang tindih disitu kita diberi waktu 1 tahun ya, ada pengertian 1 tahun, terus kemudian ada pengertian 4 tahun dan ada juga pengertian 10 tahun, yang 4 tahun itu menyangkut SDM fulltimer ya atau SDM purna waktu, persoalannya ketika izinnya sudah habis maka tidak berlaku 4 tahun berlakunya adalah sesuai dengan izin operasional habis, demikian pula dengan yang 10 tahun, ketika tidak berlaku di pasal 30 maka juga tidak berlaku, yang lebih membahayakan lagi bila hari besok BPJS santer layanan bapak ibu masing-masing mengeluarkan sepucuk surat maka aturan peralihan itu tidak berlaku, paham gak? nah maksud saya itu salah satu hal yang ingin saya sampaikan forum ini, tapi dari sisi yang lain, dari uraian tadi sebenarnya ada sebuah opportunity yang dihasilkan dari PMK nomor 30 ini, nah beberapa opportunity, itu satu ya diskusi kita tentang opportunity. Diskusi yang kedua adalah soal fulltimer, nah di sini kan tidak diatur karena saya sudah mendapatkan beberapa telepon dari teman-teman baik di Jawa Tengah maupun luar Jawa Tengah, terutama di Jawa Tengah kasih perizinan itu dia aliran sharenya ada pada terletak pada purna waktu, tolong nanti mungkin ditanyakan pada pak Sundoyo karena dalam PMK ini tidak menyebut SIP pertama, apakah dari pasal 1 sampai pasal 50 ada di bahas soal SIP pertama, saya curiga karena PMK ini kan dulu lahir sebenarnya ingin dilahirkan tahun 2018, dalam momen fraktur PMK 45 tapi kemudian gagal, masuk menyelundup di tengah-tengah akan pergantian Menteri menjadi PMK 30, beberapa teman dinas perizinan provinsi maupun kabupaten itu menganggap semua butuh fulltimer sebagai SIP pertama, nah SIP pertama itu akan memunculkan peluang ya, jadi mensiasati bisa nggak putaran SIP pertama pada saat di aliansir izin katakanlah kalau menggunakan PNS, saya acapkali mendapatkan tenaga parttimer yang memberikan SIP pertama ya itu satu. Kemudian terkait dengan pengertian purna waktu Pak Agus Sunda bisakah kita menjadikan holding bagai dari solusi purna waktu, ini sebuah ide dari teman-teman begitu ya, jadi begini bila seseorang kerja di institusi kita maka SK pengangkatan-nya purna waktu, di holding area PKU Gombang misalnya dan akan dipekerjakan BPK Muhammadiyah Sruweng, PKU Muhammadiyah Gombang TKU Muhammadiyah Pertanaka, ini bisa anggap sebagai konteks tenaga fulltimer atau purna waktu, kalau ini bisa maka ini adalah opportunity bagi holding Muhammadiyah dengan 3 SIP,

kalau dengan 1 SIP tentu melanggar undang-undang praktek kedokteran, tetap dengan tiga SIP dipekerjakan oleh holding sebagai fulltimer, kalau ini bisa dilakukan mungkin para spesialis akan berlomba-lomba mendaftar ke Muhammadiyah, karena dia diakui secara SIP pertama, kedua dan ketiga dalam konteks tenaga full timer. Mungkin ini bisa diusulkan oleh MPKU sebagai bagian dari bernegosiasi dengan mereka ya.

Moderator: saya bisa praktek di rumah sakit poli, angkatan darat dan angkatan laut dengan 1 SIP. melanggarkan?

dr. Ibnu: Bagaimana pendapat teman-teman

peserta: Melanggarlah

dr. Ibnu: Hanya sifatnya ketegasan, silahkan mungkin ada yang ingin berdiskusi.

Moderator: Monggo bapak dan ibu ada yang mau menyampaikan lagi silahkan karna kita punya dua notulen yang satu dr. Mia, yg satu dr. Nia, jadi hanya beda M dan N saja, kakak beradik beda badan, yang satu besar yang satu besar sekali. Dan ibu-ibu bapak-bapak saya juga ber ber apa ya, mungkin underline PMK ini yang mungkin ingin kita sampaikan kepada stakeholder adalah soal tidak adanya peralihan, bagaimana mungkin seseorang tipe D akan ke tipe C dengan PMK ini, ini menurut saya sangat fatal karena bila kita stay sekarang berada di tipe C kemudian akan naik ke tipe B tidak mungkin kan dengan pasal itu karena Dinas Kesehatan tidak akan mengeluarkan SIP yang tidak bertentangan atau tidak berkesesuaian dengan status rumah sakit tersebut, ya. Mungkin catatan ini yang paling penting menurut saya yang harus disampaikan jadi kalau misalnya rumah sakit Hartini tidak serta merta naik menjadi B karena kan tadi kan sudah C gemuk, kemudian mem-PHK kan atau memulangkan dokter-dokter, pada saat Hartini menjadi B, Hartini akan kesulitan karena ada batas maksimal tadi nah ini yang menurut saya cacat dari PMK tersebut, apakah ada terobosan hukum yang lain itu yang mungkin menarik nanti malam untuk disampaikan kepada pihak mereka. Jadi pak Slamet saya menilainya PMK ini tidak bisa direalisasikan ya, jadi misalnya kami ini di tipe C, tipe C, kita keluarin dengan harapan nanti pada saat akan B kita akan naik ke tipe B, itu tidak bisa.

dr.Slamet: Maksimal satu tingkat

dr. Ibnu: Iya maksimal satu tingkat tapi kan ketika kami meng, untuk menjadi B kan harus tersedia SIP sesuai dengan artinya misalnya, jenis layanan spesialis lain ketika kami C kan 3 padahal B 8, untuk naik dari 3 ke 8 kami tidak punya landasan berpijaknya karena Dinas Kesehatan mengeluarkan SIP akan tidak membolehkan, kalau boleh, kalau boleh makan bisa kita selingkuhi, karena maksimalnya kan hanya 3 atau penambahannya hanya 7 ya, satu. Andaikan diperbolehkan nanti bapak ibu menafsirkan di lapangan menjadi salah, begini berarti saya akan mengajukan penambahan SIP diluar kewenangan kompetensi tipe rumah sakit ya, dalam batas waktu tak terbatas

tadi ya, misalkan kami 3 kok saya mau menambah menjadi 8, alasannya apa? karena saya mau naik kelas, ajukan saja saya ke dinas kesehatan kabupaten entah kapan naik kelasnya, karena aturannya tidak diatur, terus yang terakhir sebelum saya serahkan ke dr. Slamet, terkait dengan tahap sosialisasi karna di dalam aturan PMK ini tidak mengatur waktu sosialisasi, maka disebutkan sejak ditetapkan maka berlaku itu menimbulkan kegaduhan dalam konteks pembiayaan BPJS ya, andaikan MPKU meminta kepada Dinas Kesehatan, kepada Kementerian Kesehatan untuk memasukkan sosialisasi ya. Karna pak Slamet, di beberapa daerah masih banyak perangkat Kementerian Kesehatan yang belum paham dengan pasal ini, terbukti Jawa Tengah masih menuntut pengertian fulltimer dalam SIP pertama. Berarti nanti kan akan terjadi kekacauan pada saat mengakses, terutama sampai dengan waktu-waktu awal ini. Itu saja yang, karna saya.

Peserta: Sebentar pak, pak Ibnu ini kan katanya mau diskusi, tadi Pak Ibnu sebut bahwa, menyinggung mengenai BPJS ya, terus di PMK ini itu kan beri kesempatan kepada masing-masing rumah sakit untuk berbenah diri 1 tahun. nah apa BPJS juga ini apa namanya? berpikir ini 1 tahun, bisa bisa kan sebelumnya dia sudah kirim surat seperti yang dr. Ibnu tadi. Ada surat dari BPJS, suratnya adalah sekaligus dengan PMK ini artinya pelayanan di luar dari yang disebutkan itu tidak dibayar, itu yang kami takutkan, saya sudah berapa kali ditanyain sama sejawat dokter mata, dari THT, syaraf, ya pokoknya yang di luar kesepakatan, saya bilang apa, pokoknya selama fee cair silahkan stay disini, tapi kalau tidak bayar mohon maaf saya sumpahin gitu. Tapi saya ya itu mohon anu anu masukannya ini, bagaimana sikap kita ini, terima kasih.

BPJS pasti akan membayar sampai tanggal 31 Desember tahun 2020 eh sampai tanggal September berlaku, ini 27 September dia akan memberi batas sampai dengan 27 September, sebelum tanggal 27 Desember 2020 pasti BPJS akan melakukan intimidasi, itu kan sudah biasa kan kita diintimidasi ya kan, udah kita harus blak-blakan ajalah, kita harus tahan intimidasi tersebut dan BPJS pernah me, sejauh ini dia menyebut bahwa pak Budi MAP, ke deputi direksi saya sampaikan kita akan warning, ya sudah warning saja, kalau menurut saya warning sebanyak-banyaknya pak, semakin gaduh peraturan ini semakin cepat direvisi, jadi tidak usah ditahan-tahan, biar saja BPJS melakukan itu nanti akan menjadi kegaduhan pak. Kalau tanpa kegaduhan tidak ada perubahan-perubahan, biarkan saja, yang penting tetap dibayar sampai batas akhir 1 tahun dari keluarnya peraturan ini diundangkan.

peserta: Kalau gak mau bayar? kalau BPJS gak mau membayarnya?

dr. Slamet: Lah peraturannya harus membayar sampai tanggal 27, kalau tidak membayar ya digugat. Oke ya sebentar, Pak Ibnu tadi belum saya jawab, kalau kemarin Rumah Sakit Muhammadiyah itu selalu nyicil sebelum naik kelas, sekarang tidak bisa mencicil, tau kan mencicil? orang Palembang juga

tahu mencicil kan? misalnya rumah sakit tipe D, ada THT masukin dulu, ada ini masukin dulu, ini sekarang sudah tidak bisa, dia harus bisa memilih mau D atau C, akibatnya rumah sakit yang bermodal besar dia bisa pak, bayar. Tapi kayak Rumah Sakit Muhammadiyah itu akan kesulitan, karena hanya bisa memilih, pak Ibnu C atau B tidak bisa nyicil lagi gitu lo, nah beli lagi ini udah nggak bisa. Pokoknya harus memenuhi ketentuan minimal rumah sakit tipe B, inilah yang menjadi dasar Muhammadiyah akan melakukan aklamasi karena sangat merugikan, rumah sakit kita kan didirikan atas dasar zakat, infaq, shodaqoh, waqaf, selalu mulainya dari. Saya nggak menyebut Bank, kalau saya menyebut Bank ada yang tersinggung, apa lihat-lihat Pak Billy, Pak Billy sensi terus kalau saya ngomong Bank, jadi gitu ya Pak Ghozali ya. terus tadi siapa lagi, ibu. Jadi tidak ada bertahap tidak ada.

Peserta: Iya, tadi kan waktu Pak Ibnu di depan itu menyampaikan bahwa Muhammadiyah itu punya solusi purna waktu dengan holding, saya tidak percaya ya. Gini pak Ibnu karna dulu waktu zamannya masih ada SP surat penugasan yang hanya 1 tahun boleh, diperbolehkan, itu sudah. Sekarang tidak ada SP SP itu sudah nggak ada, adanya adalah 3 SIP 3 STR, nah sekarang yang 3 STR tadi kan dr. Slamet bilang bahwa ini adalah cara kasar untuk membuat dokter itu hanya purnawaktu di satu tempat ya. Nah saya sangat setuju kalau PMK 30 ini udahlah sebenarnya saya juga bingung, tapi saya ndak mau bingung, jadi stay cool saja ya, kita cool saja biar ndak stres ya, jadi Muhammadiyah juga ngotot, kemudian IDI ngotot ya, jadi semua unsur harus ngotot termasuk PERSI itu. Enggak ini sebagai direktur itu harus cool biar tidak stroke ya. Nah kemudian saya kok punya negatif thinking begini ya, ini mau ada apa kok langsung dilempar PMK 30, pengalihan isu kali ya, nah itu aja.

dr. Slamet: Ya ditingkat pusat itu sudah maksimal bu Rubini, setiap rapat kita mau diomong jelek ya sudah terserah dia, yang penting di pikiran kita ada beberapa kepentingan masyarakat, tadi pak ketua MPKU dokter dr. Slamet kalo ngomong terlalu vokal itu nanti banyak yang gak suka, suatu saat rapat saya sama sekali nggak vokal harusnya rapatnya 3 jam, setengah jam selesai pak, apakah kita melakukan seperti itu? dan surat sudah dua kali dikirim, jadi arsaMU mengirim surat ke Menteri Sekretariat Negara langsung, tapi nyatanya keluar bu ya kan, sehingga dia sudah kita akan melakukan upaya lain. Kemarin saya sampaikan satu, masa transisi untuk yang naik kelas saya sampaikan ke Pak Bambang, pak yang naik kelas kenapa tidak ada masa transisi? Ini ada kalimat yang menggembirakan, Oh ya nanti kita atur di keputusan Menteri jurdis-nya bahwa transisi untuk pegawai tetap juga berlaku bagi mereka yang naik kelas yaitu 4 tahun. Oke kan tapi nggak jelas juga keluarnya seperti itu atau tidak, iya kan?. Kemudian apakah kita bisa meminta keputusan Menteri Kesehatan khususnya untuk rumah sakit nirlaba keagamaan itu Muhammadiyah ada peraturan khusus, perlakuan khusus itu

bisa, contohnya Gombang bisa kok ya pak ya, Radioterapi keluar. Nanti saya minta bapak Ibnu untuk mengurus itu, apakah harus ada keputusan Menteri Kesehatan tentang perlakuan khusus bagi rumah sakit nirlaba resikonya NU, Kristen, Budha semua kena nggak papa tapi Muhammadiyah akan tetap hidup dan itu yang bisa dilakukan, dan yang terakhir yudisial review, kita akan lakukan itu. Bu Meta monggo.

Bu Meta: Terima kasih pak saya mau bertanya saja, kita dalam Muhammadiyah ini ada yang namanya fakultas kedokteran ada yang namanya Rumah Sakit Pendidikan, yang saya ingin tanyakan bagaimana misalnya kedepannya seperti kami Cempaka Putih adalah Rumah Sakit pendidikan utama untuk UMJ Jakarta, dengan putusan ini tentu akan banyak yang kita hilangkan dok, sementara apakah kita cukup mengajarkan mahasiswa dengan yang terbatas, sementara kita juga di rumah sakit tipe C yang lain juga ada adalah rumah sakit aviasi itu bagaimana dengan proses pendidikan mereka jadi sementara kita juga Rumah Sakit pendidikan juga banyak gitu lo pak.

Dr. Slamet: Ya paham

Bu Meta: Apakah ada apa yang disampaikan oleh bapak rumah sakit kekhususan, apakah kita Rumah Sakit Pendidikan mengajar mahasiswa sehingga dinamakan privilege buat kita barangkali ya yang ingin saya sampaikan.

dr. Slamet: Ya inginnya kita seperti itu rumah sakit pendidikan tipe B akan terkena dampak biasanya bu Meta ini mengajarin Koas sampai 15 spesialis mungkin ya, dengan adanya ini kan maksimal 7 spesialis misalnya atau maksimal 10 spesialis pasti akan terganggu, nanti ditanyakan bu, ke pak Sundoyo dan bu Hesti gitu ya.

dr. Ibnu: yang ingin saya sampaikan apakah kita bisa pengertian purna waktu itu kan dengan batas itu tadi kan melanggar ketentuan undang-undang praktik kedokteran, kalau purna waktu seseorang yang dianggap purna waktu oleh sebuah holding dan dipekerjakan di 3 tempat dengan 3 SIP Bisakah kita mengusulkan hal tersebut?

dr. Slamet: Kalau purna waktu berarti anggap saja undang-undang tenaga kerja 8 jam, 40 jam seminggu, misalnya di holding kan apakah dia bisa mengatur sehari itu 3 dokter spesialis pagi, siang, sore misalnya Apakah itu bisa?

Peserta: Bisa dok

dr. Slamet: Cuma bingungnya di Muhammadiyah ini kerjasama ya, Rumah Sakit Muhammadiyah 1 dengan 2, itu nanti PR MPKU wilayah bisa seperti itu.

dr. Ibnu: Maksud saya bila itu bisa, bisa menjadi opportunity bagi Muhammadiyah, karna seorang spesialis jika kita bisa menerapkan itu, seorang spesialis akan sangat tertarik jika dia dikooptasikan

Muhammadiyah, syarat dokumen bisa gak itu diubah, jadi mereka itu di SK-kan oleh holding, di dalam SK holding itu disebutkan langsung.

Dr. Slamet: Pertanyaannya 1, BPJS akan menanyakan dokter purna waktu di rumah sakit Lamongan, kok dia ada di rumah sakit lain berarti kerja lebih dari 8 jam dong, nggak dibayar, di IDI 12 jam. Tapi si BPJS kan si maha kuasa kan gitu kan, mau berarti melawan, gak dibayar. Artinya Ini masalah juga bapak ibu dan untuk membuat ide yang sangat baik dari pak Ibnu butuh waktu, 1 tahun tidak tidak cukup, 1 tahun tidak cukup apalagi nanti kekurangan, yang kedua adalah ya Monggo Bu. Pokoknya saya harapkan nanti semua sudah paham semua, jadi saat tanya ke Pak sedoyo bisa lebih ini.

dr. Upi: Baik pak mohon izin yang disampaikan dokter Ibnu sangat menarik.

dr. Slamet: Batrenya habis, satu lagi yang menyimpan mic pak Ibnu ni.

dr. Upi: Tapi kalau dilihat dari definisi waktu reviu kelas Rumah Sakit kemarin di Kemenkes itu disampaikan bahwa untuk yang disebut dokter tetap itu pertama yang SIP pertama itu hanya satu dok gitu, itu 1 terus kemudian dari definisi dokter tetap adalah dokter yang di satu tempat tidak bisa di dua institusi.

dr. Slamet: Oh gitu ya.

dr. Upi: Gitu kemarin saya .

dr. Slamet: Artinya kan 8 jam full di situ, berarti tidak boleh di tempat lain.

dr. Upi: Ya boleh, tapi sebagai dokter kedua, part timer, kalau tetap satu institusi ya, itupun kami kan kerjasama dengan UNIMUS misalnya sudah menjadi dokter tetap di UNIMUS di Rumah Sakit Roemani itu tidak bisa sebagai dokter tetap, karna hanya satu institusi padahal dalam satu kota kemudian sama-sama Muhammadiyah seperti itu, makasih dok.

dr. Slamet: Ya betul yang dimaksud dokter tetap itu Ini kan tadi yang disampaikan Bu Upi bahwa pemerintah secara kasar menginginkan dokter praktek hanya satu tempat, itu betul seperti itu. Cuma ada batas maksimal yang diarahkan ke tipe A. Bentar, kalau definisi tetap itu adalah purna waktu 8 jam, tapi jika kita bisa usaha bahwa yang dimaksud tetap adalah dokter yang punya SIP dan praktek tetap disitu, selesai. Cuma kita sekarang tidak definisikan purna waktu itu berapa jam. Monggo pak zali

dr. Ghazali: Ya maaf saya bicara lagi, ini mungkin sedikit diluar topik, tapi masih tetap diruang lingkup arsaMU, mumpung dengan ketua arsaMU pak Slamet, kalau saya bisa menterjemahkan logo arsaMU ini, a itu representative dari asosiasi r rumah, s sakit, jadi ars itu asosiasi rumah sakit, a aisyyiah, MU Muhammadiyah. Aisyah dan Muhammadiyah kan sama-sama rumah sakit ya sama-sama levelnya, yang menggelitik saya, saya kan dari Aisyiyah a ini kecil hurufnya, ini MU Muhammadiyah besar, apakah ini kami diartikan kecil ya, saya harapkan a itu besar terimakasih pak Slamet.

dr. Slamet; Saya yakin ini bukan pertanyaan dari dr. Ghazali tapi dari istrinya, ayo pak Danang. Nanti kita ini.

dr. Danang: Mau tanya pak Slamet dari Bantul lagi, kalau tadi dikatakan pak Slamet Rumah Sakit enggak bisa mencencil bisanya sekiranya Bantul menetapkan diri sebagai tipe C ya, kita besok mau naik ke tipe B, cara naiknya ke B?

dr. Slamet: Misalnya B membutuhkan dokter sekian spesialis, 10 adanya kalau misalnya tipe A, langsung 10.

dr. Danang: Dalam berapa lama?

dr. Slamet: Nanti begini, sekarang Rumah Sakit tipe C maksimalnya 7, bapak ibu cari 4 lagi kan 3 biar 7 kan 4 lagi, kan izinnya belum keluar ajukan peningkatan kelas ke Dinas Kesehatan, Dinas Kesehatan langsung keluar sebagai tipe B, kan keluarnya bareng dengan SIP, emangnya kalau kita bikin Rumah Sakit SIP-nya sendiri-sendiri? kan bareng dengan izin operasionalnya iya kan? Ada enggak yang sendiri-sendiri, SIP-nya keluar dulu baru izin Dinas Kesehatan.

Peserta: Ada.

dr. Slamet: Lah Dinas Kesehatannya rodo-rodo itu, secara hukum, secara hukum SIP itu keluar bersama dengan surat izin operasional, karna dokter tersebut mau praktek dimana kalau izin operasionalnya belum keluar, harusnya bareng-bareng. Kalau di Jabodetabek keluarnya bareng, ya, berarti Jawa Tengah ini ngawur kudune langsung praktek bisa itu, kalau di Jabodetabek tidak bisa harus bareng keluar dengan operasional begitu juga dengan izin klinik.

Peserta: Kalau mau nambah.

dr. Slamet: Lah-iya, misalnya ini Rumah Sakit tipe C punya 3 spesialis saya cari 4 lagi, ngajuin dengan perubahan. Ya udah langsung proses SIP sekalian, iya kan kalau menambah ya boleh, ya jawabannya SIP sudah di tempat bapak gitu.

dr. Danang: Berarti caranya besok untuk menaikkan kelas rumah sakit seperti itu?

dr. Slamet: Seperti itu, ya jadi saya terangkan bagaimana cara naik kelas, cari dulu dokter spesialis untuk memenuhi batas maksimal atau batas minimal, setelah terpenuhi ajuin surat izin praktek sekalian peningkatan kelas, caranya seperti itu pak.

dr. Ibnu: Tidak bisa itu pak.

dr. Slamet; Bisa, bisa, lah sekarang saya tanya kalau izin praktek keluar tulisannya praktek dimana? dokter Ibnu surat izin prakteknya kan sudah tepat kan, Rumah Sakit Gombang, lah Rumah Sakit Gombangnya belum keluar izin operasionalnya.

Peserta: Kalau kenaikan kelas?

dr. Slamet: Kalau kenaikan kelas kan merubah status.

Peserta: Kalau dari C ke B, kalau kita hitung ya, C itu kan minimal 8 ditambah 4 kali satu jadi 12. Ke B 16 spesialisasi dasar belum yang lain berarti sangat repot.

dr. Slamet: Iya memang repot pak, makanya kemarin arsaMU minta ada masa transisi untuk yang naik kelas selama 4 tahun gitu loh pak, masa transisinya 4 tahun, di pasal 60 ayat 1a sama b itu terjadi perbedaan, di situ ditulis bahwa masa transisi surat izin operasional tetap berlaku sampai batas masa berlakunya, tapi di sisi lain di huruf c sama d itu maksimal 1 tahun harus menyesuaikan kan itu problem konstitusional gitu lo. Monggo pak Danang.

dr. Danang: Ya terima kasih saya dari PKU Bantul tadi kan rekan saya dokter Umar spesialis sarap, begini Pak Slamet ya jadi tadi mungkin banyak bahas SDM dan yang lainnya nah ini yang ingin saya tanyakan rujukan berjenjang ya, di setiap tipe kelas nanti akan ada irisan, contoh dari spesialis dasar, jadi contoh yang di D misalnya dia ambil penyakit dalam kemudian yang tipe C juga ada penyakit dalam, kemudian yang tipe B juga ada penyakit dalam, nah saya juga mau membuka kalau ini nanti yang umpamanya kita ambil di poli gitu ya, kalo ini tadi pak Slamet bilang mau single tarif gitu, kayaknya kita juga masih berpikir kalau ini dari C mau ke B gitu, padahal nanti spesialisnya sama tidak ada perbedaan untuk rujukan berjenjang itu, kan berarti nanti habis di tipe D tipe C gitu, sehingga dokter kita yang dulunya punya pasiennya banyak sekarang tereleminasi gitu, itu yang pertama. Kemudian yang kedua, kita sudah melontarkan keberatan kita ke komite medik, dari dokter spesialis kemudian dokter subspecialis bagaimana ini anda untuk menyelesaikan anggapan seperti ini, nunggu aja jadi nunggu maksudnya menunggu yang seperti bagaimana, apakah nunggu sampai akhirnya seperti apa? Akhirnya begini kalau dari kami, karna begini pak selamat tadi mungkin diskusi sampai lihat ya. Kalau kami, mungkin di pikiran kami itu mungkin masalah C mau D, kita pikiran sekarang pasti mau naik kelas semuanya, kalau yang tunjuk jari tunjuk jari semuanya naik kelas. Untuk naik kelas inipun kita tidak lepas dari pemikiran ini tadi dan kita juga nunggu dari BPJS itu bagaimana dia akan memutuskan ini, sehingga strategi kami strategi yang akan saya terapkan dengan banyaknya diskusi ini, kita akan menunggu detik-detik akhir, jadi detik-detik akhir itu betul-betul fiks antara pembiayaan dan apa tipe kelasnya betul-betul, karena apa kekhawatiran kami ya kita sudah maksimal, saya setuju pindah ke tipe B saya siapkan ada beberapa kekurangan residen, kita bisa penuh tetapi di pembiayaan tidak akan bisa mengikuti itu, lah ini kita juga menjadi permasalahan. Yang ketiga, kita untuk menentukan tipe kelas ini pak Slamet kita juga melihat kompetitor kita, kompetitor kita sekarang juga semua mau melihat, semua mau naik kelas atau dia stay jadi saling menunggu, kalau PKU Bantul jadi B aku jadi tipe C wae,

jadi ini ada apa menurut kami saya untuk memutuskan itu kurang cukup data sebenarnya untuk saat ini kalau kita mau memikirkan apakah dari tipe Kemenkes ini atau dari BPJS itu kita kurang data untuk menentukan itu, terima kasih.

dr. Slamet: Ya pertama rujukan, kedua pembiayaan, ketiga percaya. rujukan saya jawab dari 2 kacamata, kacamata BPJS maupun kacamata Kementerian Kesehatan, kacamata BPJS satu pegangannya, apa pak tarif, duit, dia lebih baik membayar tipe D daripada rumah sakit tipe B, selisih bisa 20%, oke kacamata BPJS bisa hilang kalau tarifnya adalah single kelas, udah, dibuka. Cuma muncul masalah baru dari teman-teman Kementerian Kesehatan yang menginginkan sistem rujukan berbasis sisroom, yang melalui ya tipe D dulu, Tipe C dulu. Nanti ditanyakan ke bu Hesti pak Danang, nanti pertanyaannya begini aja, bu Hesti bagaimana sistem rujukan ke depan apakah tetap melalui tipe D dulu, C dulu, B, A atau tidak, karena jelas kalau sudah single tarif, BPJS tidak akan pakai sistem rujukan buat apa dia, enggak peduli gitu lo itu satu. Yang kedua kalau mau menunggu pembiayaan berarti bapak tidak melakukan sesuatu sampai Juni 2020, kemungkinan di bulan sekitar itu terjadi perubahan tarif, single tarifnya masuk kemana? tipe D, tipe C, tipe B, usaha IDI sih tipe B ya, tapi mati-matinya mungkin C plus. Siapkan dari sekarang, jadi kalau dibawah C tidak mungkin, jadi sekitaran itu. Kemudian persaingan itu bapak yang bisa menentukan, bapak mau ke arah mana saya tidak bisa menjawab, karena rumah sakit di sekitar bapak kan bersaing juga. Lagi? Ya bu.

Peserta: Mau tanya untuk naik dari tipe C ke B itu kan membutuhkan SDM yang sangat luar biasa, itu yang saya tanyakan apakah sudah dimulai sudah harus dokter tetap atukah bisa dokter praktek.

Dr. Slamet: Kalau naik kelas tidak ada masa transisi, jadi langsung menyesuaikan sesuai dengan PMK nomor 30, tapi sudah saya sampaikan ke pak Bambang tidak hadir, satu sisi teman-teman Kementerian kepingin menaikkan kelas, tapi kok tidak ada masa transisi, nanti disampaikan lagi, beliau janji di jurdis nanti akan diatur mengenai itu tadi.

Peserta: Yang 4 tahun itu apa dok?

dr. Slamet: Itu tadi, dokter tetap tadi.

Peserta: Tapi kalau misal itu dari C ke B, untuk mencari dokter tetap dalam waktu dekat kan nggak mungkin itu gimana, bisa dilakukan dengan gimana?

dr. Slamet: Kalau nanti ada jurdis yang menyatakan bahwa masa transisi 4 tahun yang untuk dokter tetap tadi adalah sama sesuai PMK 30 maka selesai, tidak usah dokter tetap bisa.

Peserta: Berarti nunggu ya dok ya?

dr. Slamet: Nunggu, semakin gaduh semakin cepat bu keluarnya, jadi pak Ghozali biar gaduh aja pak. Yang lainnya?

Moderator: Dokter slamet diselesaikan dok.

dr. Slamet: Oke, saya mau tambah lagi ya, ini tipe C selesai ya pak. Kita masuk ke tipe D, tipe C maksimal 3 spesialis dasar, boleh 4 enggak? tidak boleh, ini penambahan rumah sakit tipe D ini berapa ya belum tercantum nih.

dr. Mia, tipe D penambahannya berapa kalau ke tipe C? 1 spesialis dasar dan 1 penunjang. Jadi kalau di sekitar tidak ada rumah sakit tipe C bisa 4 dasar dan 2 penunjang.

Peserta: Tiga.

dr. Slamet: Maksudnya tadi dijumlah atau maksimal, kalau dijumlah berarti bisa 4 kalau maksimal berarti ada 3, tapi pemahaman hukum saya itu adalah dijumlah, jadi di jumlah dengan ini ya, yang ada spesialis lainnya ada banyak ya? Nanti disampaikan aja, oke jadi rumah sakit tipe D tidak ada spesialis lain, dokter umum, poliklinik umum ada enggak? Ada, boleh. Positif, negatif.

dr. Ghazali: Interupsi, itu tiga spesialis dasar, itu tetap maksudnya?

dr. Slamaet: Iya tetap.

dr. Ghazali: Berarti ada bisa nambah bisa tetap bisa?

dr. Slamet: Tidak, nanti ditambah maksimal, nambahnya 1 tapi dokternya boleh 10, 20 boleh. Jenisnya 3, tapi kalau disekitar tidak ada tipe C nambah lagi 1 jadi 4 spesialis dasar, jenisnya, jenis.

dr. Ghazali: Di rumah sakit saya kan 4, bedah, obgyn, anak, internal, ada rumah sakit tipe C berarti harus satu out? Ya ini maksudnya biar gaduh gitu lo.

dr. Slamet: Iya bikin gaduh aja, baik di medsos itu bikin gaduh aja pak, ini tipe D ya, sudah? Oke, lanjut. Oh ini belum diketik maaf ini yang bikin sekretaris ya, jadi bisa 5 pak kalau tidak tipe C, kalau ada tipe C maksimal Cuma 3. Kalau tidak ada bisa 5 ya, ini salah ketik ni, yang ngetik siapa nih? Dasar 4 terus nah ini, ini harusnya karyanya dr. Ibnu ni, lobby-lobby, tapi tidak ada. Jadi penambahan pelayanan yang di sekitarnya tidak ada rumah sakit satu kelas di atasnya harus mendapat rekomendasi dari dinas kesehatan provinsi, ya rekomendasi, walaupun di peraturan ini memungkinkan untuk menambah tapi kalau Dinkesnya nggak mau selesai wasallam, oke ya. Terus pelayanan kesehatan tertentu pasal 30 saya bacakan, ini masa transisinya adalah 10 tahun, oke. Rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tertentu harus mendapat izin dari Menteri Kesehatan tidak didelegasikan ke kesehatan, kemudian apa aja pelayanan kesehatan tertentu, radioterapi, nuklir, terus ini penomaternal ini, bayi tabung, terus transplantasi organ, terus sel punca untuk penelitian berbasis layanan kalau untuk stem cell, ada juga pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri, ditetapkan oleh Menteri harus izin juga ke Menteri, jadi dua kali kerja. Apa yang dimaksud dengan dengan kesehatan lain, pelayanan yang dilakukan dengan teknologi baru, teknologi tinggi, resiko keselamatan pasien, dan atau berbiaya tinggi. Kira-kira bapak ibu bisa menterjemahkan apa ini? Saya tidak paham, yang nulis juga saya tanya tidak paham yang dimaksud ini apa, saya

tanya pada yang nulis itu, berbiaya tinggi teknologi baru, nah ini terkait dengan HTA ya, Hemodialisa tidak masuk di sini tapi kalau mau dimasukkan bisa di ayat berikutnya, rumah sakit Kelas A dengan Rumah Sakit kelas B atau Rumah Sakit lain bisa ini pemenuhan kebutuhan pelayanan yang tinggi, pendekatan akses pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan, kalau bisa hemodialisis di sini jadi berdasarkan ketetapan Menteri, ini sudah paham, masa berlakunya berapa tahun ini pak? 10 tahun. Pertanyaan dokter Dayat saya belum bisa jawab nanti ditanya, 10 tahun ini termasuk dokternya atau ora atau bukan nanti ditanyakan. Pak sundoyo 10 tahun ini termasuk subspecialisnya atau enggak, atau dokter spesialis tertentu atau enggak, atau jangan-jangan alatnya aja tanpa dokternya oke. Terus peningkatan kelas, hanya boleh bertahap satu tingkat di atasnya, nah tidak ada ketentuan naik kelas dari D ke C Berapa lama harus menunggu naik ke B, tidak ada ketentuan, apakah 1 tahun, 6 bulan atau berapa tidak ada ketentuan, yang ada adalah ketentuan naik satu tingkat, kalau mau naik satu tingkat lagi tidak ada ketentuan berapa lamanya. Caranya adalah terakreditasi, kalau di aturan sebelumnya ada tulisan paripurna kalau di sini sudah tidak ada, yang penting terakreditasi, oke ada yang tanya?

Peserta: RSGM dari tipe C mau jadi Rumah Sakit tipe B apakah harus melalui mekanisme seperti ini atau misalnya kita misalnya ada pemutihan gitu, maksudnya pengajuan ulang untuk izin.

dr. Slamet: Itu yang tadi saya sampaikan, jadi bunyi pasal 60 ayat 1(a) nggak salah itu ditulis sejak peraturan ini keluar, rumah sakit yang sudah mempunyai izin operasional tetap berlaku sampai masa berlakunya habis, tapi huruf (c) nya bahwa rumah sakit sudah mempunyai izin blablabla harus menyesuaikan maksimal waktunya 1 tahun, ditanyakan ke pak Sundoyo, kalau kita mengacu pasal 61 ayat a aman bu, gak usah diapa-apain sampai berakhirnya, cuman kan temen-temen BPJS kreatif sekali kan gitu, ini ada huruf c nya, 1 tahun anda harus menyesuaikan, nanti kita tanyakan ke pak Sundoyo, kalau nanti akan ada yudisial reuviu itu ada namanya dokter dari rumah sakit jiwa harus naik rumah sakit tipe B juga ya kan nah itu pilihan terakhir lah, tapi nanti tolong ditanyakan, karena saya moderator tapi yang tanya bapak ibu, pasal 61 a sama c apa, yang satu ngomong berlaku ngomong harus menyesuaikan dalam waktu 1 tahun kan gitu ya, oke. Adalagi ayo?

Peserta: Terima kasih pak Slamet, saya harus mengeluarkan paling tidak 12 dokter ini, kalau nanti yang harus kami keluarkan berarti kan dipecah pak efek pesangonnya pak, misalkan nanti memberhentikan kalau nanti beliau mengundurkan diri nggak masalah. Ini 12 dokter kami semuanya yang memberhentikan kami harus ngasih pesangon juga, besar sekali lo itu pak. Belum lagi kalau nanti kami dituntut, dulu minta-minta jadi pegawai tetap kok sekarang dipecah, itu kan sudah muncul itu pak seperti itu, sub kami sudah ngomong seperti itu ke kami. Tadi ide dari Pak Ibnu itu saya rasa

cukup simpel, aliansinya adalah rumah sakit Muhammadiyah Aisyah tapi tipenya harus berbeda A aliansi dengan B, B aliansi dengan C, C aliansi dengan D di satu wilayah dekat tapi tidak terlalu jauh tapi harus beda Kabupaten, kenapa karena yang mengeluarkan tipe RS kan kabupaten sama dari Kemenkes provinsi gitu lo pak, artinya apa? Kalau yang di tenaga kami ada yang di tipe B yang mengeluarkan surat izin prakteknya akhirnya juga kan dari provinsi, kan bisa tenaga purna waktu. Sementara tipe rumah sakit bawahnya di tipe C yang mengerjakan dia juga tapi kan yang mengeluarkan Kabupaten yang berbeda, nanti juga jadi purna waktu juga, disebelahnya tipe D Orangnya sama tapi dia juga mengeluarkan SIP yang berbeda gitu lho pak.

dr. Slamet: Jadi, kalau teman-teman Kemenkes saya yakin tidak sampai mendengar seperti itu tapi kalau BPJS sampai jam berapa dia ada di mana dia tau, ya kan. Jadi kalau anda lolos dari Dinas kesehatan tapi tidak lolos dari BPJS. Pak Komar monggo, dokter Komar. Oke bapaknya dulu silahkan.

Peserta: Terima kasih Saya dari rumah sakit fastabiq Pati mungkin saya mau minta masukan Pak Slamet rumah sakit fastabiq itu di bulan Mei kalau tidak salah, itu ada akreditasi kenaikan kelas tipe A itu sudah dilakukan akreditasi namun karena ada beberapa dokumen yang memang harus di lengkapi sehingga itu masih menjadi pending begitu, pertanyaannya apakah nanti ketika kita mau naik tipe.

dr. Slamet: Saya jawab langsung itu kalau proses tetap mengacu pada Permenkes 56, oke.

dr. Fauzan: Ya terima kasih saya Fauzan dari Bandung ini mencermati semua diskusi ini jadi buah simalakama, kita naik kelas, kita tetap, kita mati, jadi ini menjadi suatu hal yang sulit, semua tergantung kepada jenjang rujukan dan keterkaitan akan sangat berpengaruh, saya sindir sedikit, setiap yang B sekarang itu jumlah kunjungan BPJS turun drastis mengakibatkan penurunan pendapatan. Jadi kalau kita harus naik sudah C susah dapatkan SDM-nya lalu pendapatan turun, belum lagi nanti kalau ada hal-hal lainnya jadi ini barangkali kita cermati. Yang kedua, kalau kita tidak naik kelas sistem pelayanan ada yang harus hilang artinya kan pendapatan kita jadi turun kalau pendapatan kita turun. Lalu seperti bapak itu kalau dokternya berhenti disatu unit katakanlah kalau kita harus memecat dalam tanda kutip “memecat” 5 dokter ini otomatis pegawai di bawahnya pun menjadi harus direasonalisaikan, yang ini yang menjadi masalah karena di sini berlaku undang-undang ketenagakerjaan. Dia dikasih pesangon dan dikasih presentasi selama masa kerja jadi double, nah saya masih bingung tapi saya usulkan, bahwa yang pertama barangkali kita tidak usah terburu-buru kalau begini. Kemudian yang kedua kita mohon ada pengampu dari MPKU, jadi ketika kita harus naik itu seragam semua, semua Rumah Sakit dibawah Muhammadiyah Aisyiyah harus seragam caranya, itu barangkali kita minta diampu oleh MPKU, terimakasih.

dr. Slamet: Siap baik pertemuan ini adalah pertemuan awal nanti akan ada pertemuan pengaduan, bagi yang PKU-nya yang sudah stabil seperti Jawa Tengah bisa menyelesaikan sendiri tapi kalau Jawa Barat kan tidak di pusat, tidak usah khawatir. Ya ini memang dilema kita jalan keluarnya hanya satu, naik kelas dan kita usaha bahwa kelas ada masa transisi sama selama minimal 4 sampai 5 tahun itu aja yang bisa kita lakukan. Jadi nanti MPKU pusat dengan arsaMU ini akan berjuang sampai peraturan ini direvisi atau keluar petunjuk teknis peraturan ini, termasuk dialisa itu mesin dialisinya ada 400 lebih, itu kan juga akan berpengaruh pada Rumah Sakit Muhammadiyah.

Baik saya lanjutkan, peningkatan dengan masa transisi, nah sekarang masuk definisi purna waktu. Ditulis SDM ada SDM tetap bekerja purna waktu ada yang yang tidak tetap kalau pegawai di luar dokter selesailah ada undang-undang kepegawaian. Tapi kalau untuk yang dokter itu kita nanti akan tengok, kita akan sampaikan tidak ada definisi purna waktu itu apakah dokter sesuai dengan undang-undang tenaga kerja atau tidak ada, tidak ada penjelasan di PMK nomor 30 sehingga ada beberapa kemudian yang bisa diperjuangkan yang dimaksud purna waktu apakah dokter yang mempunyai SIP disitu ataukah yang praktek 3 jam, 6 jam, 8 jam disitu, perminggu disitu atau apakah dokter yang setiap hari di situ, ini yang bisa kita lobi ke Kementerian Kesehatan, syukur-syukur 3 jam, syukur-syukur, ini kan yang menetapkan adalah anggota IDI, jadi nanti IDI akan bertempur untuk mempertahankan atau memperjuangkan yang 3 jam, mungkin. Jadi yang dimaksud dokter purna waktu adalah dokter yang minimal bekerja 3 jam di rumah sakit tersebut, itu dari kaca mata kami Ikatan Dokter Indonesia (IDI) jadi nanti kita akan berjuang situ, nah sekarang tidak ada, tidak ada aturannya belum bisa ditafsirkan, menurut bapak Sunaryo kemarin sesuai undang-undang ketenagakerjaan.

dr. Ibnu: Bukan dengan SIP pertama?

dr. Slamet: Tidak, pokoknya dia berdasarkan dengan undang-undang ketenagakerjaan, tapi ini Peraturan Menteri ini ada pejabat bisa di lobi, semakin gaduh semakin gampang di lobi, jadi Pak Gojali jangan semakin gaduh saja jadi nanti semakin gaduh arsaMU sama IDI ke pusat bisa melakukan lobi, kita berharap ini 3 aja, berharap. Jadi ini juga akan menjadi buah simalakamabagi rumah sakit umum daerah, contoh di RSUD Kebumen gajinya cuma 20 juta ditarik sama pak Ibnu, sini saya 50 juta, dia milih mau PNS atau gimana, akhirnya keluar dari Rumah Sakit Umum Daerah ini seperti itu efeknya. Oke ya yang transisi ada waktu 4 tahun yang naik kelas, tapi bagi yang tidak naik kelas tidak ada masa transisi.

Ini tadi kita bicara tentang dokter sekarang bicara apoteker ada yang apoteker ya, tapi jangan marah sama saya, ini ilmu, ilmu logika. Tenaga perawat 1 banding 1 dengan rasio, oke? Bu Arlina itu pinter ngitung ini A dan B itu 1 banding 1, C itu nanti 2 banding 3 bed, tapi kebutuhan untuk D kan tidak ada

rasio, contoh rumah sakit tipe C ada yang punya 24 tempat tidur, apakah dia harus seperti ini menyiapkan, harusnya kan membandingkan dengan apoteker, dia bisa melayani berapa resep perharinya tinggal di hitung, lah ini tidak ini juga kita protes. Kenapa tidak dihitung rasionya kalau di Rumah Sakit Islam di Pondok Kopi 1 apoteker itu 50 resep sampai 70 resep 1 hari, kalau ini pasiennya belum tentu banyak tapi kita harus ngerjain 6-8 apoteker, begitu juga dokter umum sama juga karna minimal 6 kan aneh juga. Oke baik nah ini masa transisi saya jelaskan lagi biar tidak diulang-ulang terus masa transisi pelayanan umum adalah 1 tahun, untuk pelayanan kesehatan tertentu 10 tahun, ketentuan pegawai tetap masa transisinya adalah 4 tahun bagi yang tidak naik kelas, yang naik kelas tidak ada masa transisi, rumusnya ini. Terus nah kira-kira bagaimana ini caranya, banyak manfaat atau mudharatnya? Banyak mudharatnya. Keinginannya baik, filosofinya baik tapi kalau peraturannya banyak mesti perlu dikaji ulang, terus apa yang harus kita dilakukan oleh PKU dan arsaMU. Pertama tunggu Menteri baru, pasti itu teman-teman perlu tanggal 30 Oktober, tanggal 30 Oktober ya, yang kedua mendesak Menteri Kesehatan untuk mengeluarkan keputusan Menteri perlakuan khusus untuk rumah sakit yang bertema keagamaan gitu, karena nonprofit, itu langkah kedua. Jika tidak MPKU arsaMU akan melakukan yudisial reviu ke Mahkamah Agung, butuh waktu berapa? 7 bulan, 7 bulan itu 1 bulan untuk persiapan, 3 bulan itu sampai keputusan terus dari keputusan sampai eksekusi itu 3 bulan, jadi 7 bulan, tinggal dihitung teman-teman dari majelis hukum akan menyampaikan, atau kita menyesuaikan PMK 30 yaitu satu naik atau turun kelas, memberhentikan dokter dan pegawai, memecat dokter dan pegawai terakhir sudah disebut pak Ghofar bisa memberhentikan pelayanan, apa yang dilakukan oleh RS Sleman, mohon ini dihafalkan, satu identifikasi, dua mendata kerugian finansial, kenapa? ini akan jadi dasar dari yudisial review. Kedua mendata kebutuhan dokter tetap serta SDM lainnya serta fasilitas apa yang apabila mau naik kelas, ini sudah. Tiga, mendata jumlah dokter tetap dan SDM lainnya yang kemungkinan akan diberhentikan, ada juga yang naik kelas juga memberhentikan misalnya Tipe C ke B dia punya 17 spesialis kan tetap diberhentikan juga, iya, ya kan? Kemudian, empat, mendata jenis pelayanan yang akan diberhentikan, keenam mendata jumlah pasien HD dan mesin HD serta finansialnya. Tujuh, berkoodinasi dengan MPKU wilayah, jadi pak Ibnu, melaporkan nomor 1 sampai 6 ke PP atau ke MPKU PP Muhammadiyah karena ini akan dijadikan bahan untuk yudisial review terakhir, dengan tidak ada catatan ini kita tidak bisa melakukan yudisial review karena tidak ada pembuktian, apa yang dilakukan oleh MPKU wilayah, jangan hanya rapat terus pak Ibnu tetapi keluar, koordinasi identifikasi sudah dilakukan, analisis permasalahan sudah dilakukan, koordinasi dengan BPJS provinsi ini belum dilakukan, ini harus dilakukan lo, sampaikan ke BPJS provinsi bahwa ini identifikasi saya terkena

dampak ini, tolong jangan, tolong cepat-cepat nakutin kita biar gaduh, kemudian melakukan koordinasi dengan PERSI daerah, IDI provinsi, dan asosiasi Rumah Sakit lain, melakukan lobi ke dinas kesehatan intinya adalah di dinas Kesehatan provinsi. Ini MPKU yang datang mudah-mudahan tidak hanya Jawa Tengah, Jawa Barat? Semarang datang? Yogyakarta? Jawa timur? Alhamdulillah datang. Membantu MPKU untuk menambahkan yudisial review, melaporkan kegiatan kepada PP, jadi itu yang perlu kami sampaikan, jalan terakhir adalah melakukan yudisial review. Yudisial review belum tentu juga PP setuju, kata Pak Ibnu kalau tidak setuju nanti sebagai pribadi, direktur bu Meta sebagai perorangan dari Cempaka Putih, bu Rasilah, bu Upi akan mengajukan secara personal, karena ini masalah kemaslahatan luas semboyan kita adalah sebaik-baiknya manusia adalah yang bermanfaat bagi manusia lain, wabillahitaufik walhidayah Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Moderator: Baiklah teman-teman beri applause untuk dokter Slamet. Baik teman-teman sudah jam 5.19 menit ditengah-tengah kita sudah hadir dari majelis hukum dan HAM pimpinan pusat Muhammadiyah, mungkin ada sesuatu yang akan disampaikan saya mohon betul bahwa dari majelis Hukum dan HAM 10-15 menit bisa menyampaikan sesuatu untuk mencerahkan kita, sekedar pemahaman saja kepada apa namanya teman-teman atau yang mewakili majelis hukum dan HAM Pada kesempatan ini diwakili oleh bapak Doktor Iwan Setiawan, ini kami sekalian ini masih pada gaduh semuanya dengan PMK yang baru karena mengharu biru di semua Rumah Sakit, tidak hanya Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah banyak sekali kajian tentang PMK ini, sudah beberapa kali saya lihat dan alhamdulillah Dirjen Biro Hukum dan Kemenkes mau hadir, hanya memang kegiatannya kalau tetap bersikekeh dengan itu, kami kepingin mengadakan sesuatu yang menenangkan kami, dengan yudisial review tadi apakah itu memungkinkan atau bagaimana, monggo doktor Iwan Setiawan bisa menyampaikan sesuatu. Kita beri applause dong untuk dokter Iwan nah teman-teman juga ada yang lemes itu kan kursinya tolong agak diturunkan dulu, baik monggo dokter Iwan.

Baik, Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh Terima kasih moderator Pak Slamet dan teman sekalian Saya diutus oleh majelis untuk mendengarkan tidak untuk berbicara tapi karena sudah disilakan ngeh, saya mohon izin sebentar saja karna sebetulnya secara komplrit tadi sudah di jelaskan pak dokter Slamet, saya sebenarnya awam dengan isu ini, karena rumah sakit, karena basis saya hukum tata negara yang di sidangnya di mahkamah konstitusi. Tapi saya dengar-dengar, saya korek-korek gitu, intinya saya ingin menyampaikan beberapa hal saja yang pertama yang perlu didiskusikan di forum ini adalah tadi sudah disampaikan oleh dokter Slamet, apakah PMK ini yang pertama sebentar dulu, di pasal-pasal mana yang

dianggap menimbulkan kerugian kepada kita semua, kita semua sebagai keluarga mulia saya senang kita memikirkan dengan cara yang beradab, dengan cara jalur hukum. Jadi menurut saya forum ini minimal bisa menggaris pasal-pasal mana saja yang dianggap bermasalah, kemudian apa implikasinya kepada amal usaha terutama kepada Rumah Sakit ya, yang kita miliki. Tadi disebut dengan istilahnya menderita kerugian dengan putusan peraturan ini, karna itu baru nanti kita akan menganalisis apa langkah-langkah yang kita lakukan, kalau kita bacakan tadi banyak bocorannya ya, langkahnya apa? Apakah kita akan yudisial review, bisa. Tapi kita benar melakukan saya dengan tim lain pernah melakukan, kita tidak melakukan yudisial review tapi kita melobi, dengan Menteri Kesehatan dulu kita juga pernah melobi dengan Presiden SBY, dan presiden SBY tanpa kita yudisial review SBY tiba-tiba mencabut PP, ya itu pernah terjadi tahun 2006 itu saya dan teman-teman meng Except meeting PP tentang tunjangan struktural anggota DPRD, akhirnya itu dicabut tapi memang itu tidak diumumkan karna itu masalah wibawa kepresidenan ya. Ini juga begitu saya kira bekerja kalau pihak eksekutif bersikukuh, sudah ditetapkan kok dicabut lagi, caranya bagaimana. Kita harus paham psikologi pemerintah, walaupun saya mengkritik sebenarnya apakah sebelum PMK itu dibuat stakeholder, termasuk majelis pernah diajak atau tidak gitu ya pak?

Moderator: Jadi sebenarnya informasi dari pak Slamet, ini PMK ini deadlock cuman dengan perjuangan yang luar biasa dikeluarkannya.

Doktor Iwan: Jadi menurut saya seandainya ada hiring dengan stakeholder harusnya sebelum dikeluarkan jangan dipaksakan, karna peraturan yang baik itu melihat ini apakah ini berdampak kebaikan atautkah tidak gitu, nah menurut saya seperti itu. Pertama kita agak soft kalau yudisial review itu sudah bicara sistem pemerintah ya kan, tapi kalau dengan soft kita tanya audiensi dengan pemerintah, dengan Menteri Kesehatan menyampaikan keberatan dengan aturan yang sudah ditetapkan, kalau bisa kemudian minta aturan itu direvisi, boleh itu adalah hak warga negara, jadi ini agak soft langkahnya pak, tapi kalau langkah ini kita nggak efektif atau Menteri bersikukuh, kita kan sudah ngomong dulu baru kemudian kita melakukan langkah berikutnya, nah itu kesempatan yang diberikan konstitusi untuk kita memberikan men-Challenge peraturan itu di Mahkamah Agung, nah kalau sudah sampai situ kita melakukan rapat sekali lagi itu seperti rapat tim yang khusus membahas posisi terhadap poin-poin apa yang akan kita terapkan pada posisi itu. Saya kira saya tidak perlu berbicara lebih jauh, menurut saya tidak sampai seperti itu. Tapi minimal, minimal dua hari lagi audiensi dengan pemerintah, kedua kalau ini tidak bisa, kita akan melakukan yudisial review, kalau misalnya yudisial review diambil itu artinya men-challenge pemerintah, apakah itu ada implikasinya juga terhadap sikap yang diberikan kepada kita itu perlu dibahas lagi. Saya kira itu cukup karna sepertinya sudah azan itu

tadi, mohon maaf kalau ini singkat saja saya sampaikan dari majelis Hukum dan HAM topik walhidayah Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh Moderator: Baik terima kasih Pak Iwan beri Applause untuk Pak Iwan teman-teman kita juga buat draft surat untuk Kemenkes dengan sekitar 9 atau 11 poin video dari diskusi yang berjalan dari siang sampai sore ini, nanti kita coba diskusikan lagi dan tadi kita Pak Adi secara bersama gitu ya bahwa tidak hanya sekali ini saja diskusi, ini hanya awal dan kita akan mendiskusikan lagi akan ada FGD lagi nanti, coba kapan kita akan bertemu lagi dan kita akan FGD, minimal kita punya strategi andai kata berbagai cara pasal-pasal atau ayat-ayat yang tadi kita diskusikan, jadi dengan yang seperti ini PMK 30 2019 harus berlaku, begitu strategi apa yang bisa dilakukan dengan 4 atau 5 poin tadi harus naik atau harus turun kelas harus memberhentikan dokter dan beberapa karyawan memberhentikan pelayanan karyawan HD misalnya yang hanya bisa di A dan B apa strateginya untuk yang sudah ada di C dan D kita akan diskusikan lagi kita akan masih disini lagi teman-teman. Itu mungkin apa namanya bahwa untuk teman-teman pulang bawa ke rumah dan tolong didiskusikan lagi dengan Rumah Sakit dan wilayah serta daerah, untuk apa solusi yang terbaik sama-sama. Sebelum saya tutup sebentar lagi kita akan istirahat dan akan ketemu dengan pak sundoyo nanti beberapa pertanyaan bapak ibu simpan dan kita akan sampaikan dengan tulisan pada beliau tapi nanti disampaikan kalau sempat disampaikan secara lisan, monggo itu akan lebih baik kalau tidak ada saya kira.

Peserta: Dok, terima kasih bapak mungkin ada 1 yang kelewatan jadi pasal 49 tadi menjelaskan tentang pasal 69 itu tentang rumah sakit ayat 3 ini kan menyebutkan pimpinan Rumah Sakit harus yang mempunyai kemampuan dan keahlian ke Rumah-Sakitan dan ini jelaskan artinya apakah kerja, apakah ada di usianya berapa, Sementara itu dulu.

Moderator: Kita tulis ya, kita tulis. Pimpinan rumah sakit dong, pasal 49. sebenarnya mau saya jawab cuma karena wakil saya yang datang saya serahkan silakan.

dr. Slamet: Pimpinan rumah sakit kan tidak boleh double masalahnya keahlian, bukan undang-undangnya, bunyinya seperti itu, tapi bukan berarti dokter yang mempunyai gelar MARS, MARS makelar alat rumah sakit, tidak harus S2 yang penting dia berpengalaman, kalau itu sih tidak ada masalah, selama undang-undang rumah sakit itu 2009 sampai sekarang tidak ada masalah ya, oke.

Moderator: Baik Terima kasih bapak dan ibu mohon maaf kalau saya dalam season ini ada kesalahan kita tutup dengan membaca Hamdalah Alhadulillahhirabbil alamin, sebentar saya kembalikan ke pembawa acara. Billahi taufik wal hidayah wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Pembawa acara: Bapak ibu, hadirin sekalian diskusi yang sangat menarik oleh bapak dokter Slamet Budiarto dan moderator oleh bapak Agus Sunda

sekali lagi beri applause untuk beliau dan kita akan memulai lagi kegiatan malam nanti pada jam 7 malam atau jam 19.00 kita akan mendengarkan pembicara KeMenterian Kesehatan diantaranya pak sundoyo SH. Untuk makan malam kami sediakan di restoran di depan ruang meeting ini agak sedikit kekanan, demikian informasi yang bisa saya sampaikan bagi peserta yang belum mengisi daftar hadir mohon segera mengisi hadir di meja panitia terima kasih wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

dr. Slamet: Kita mulai ya, langsung aja naik. Assalamualaikum warrahmatullahi wa barakatuh. Kita mulai dengan membaca basmallah, bismillahirrahmanirrahim. Bapak ibu yang terhormat telah hadir narasumber dari Kementerian Kesehatan yang pertama al mukkarom, al ustadz bapak Sundoyo SH. MH. MKF. Beliau kepala biro hukuf, saya sudah mengenal beliau 15 tahun ya pada saat beliau masih kepala sekjend mungkin ya, sudah kenal sudah lama, beliau mempunyai putra kader Muhammadiyah, beliau anaknya tidak mau praktek diluar Muhammadiyah, sekarang berada di Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura dan Pondok Kopi, jadi tidak usah khawatir ya kan, tidak usah gundah gulana dan saya sudah mengenal lama kalau dirapat berantem kalau diluar ngopi ya pak Sun, kita sering ngopi dengan pak Sundoyo. Jadi lumrah terjadi dinamika, beliau mengemban amanah dari pemerintah, kita mengemban amanah dari luar. Kemudian bu Yun Safitri, dr. Safitri Kabid Rujukan, beliau adalah wakilnya bu Hesti, korban pertama PMK 30 2019 adalah beliau, kenapa bapak ibu, suami beliau adalah dokter bedah syaraf nah begitu keluar dia dirumah langsung bulan depan enggak dapat uang, karna bekerja di Rumah Sakit tipe C, jadi dinamikanya seperti itu, beliau nanti akan menjelaskan dari sisi pelayanan, pak Sundoyo dari sisi Hukumnya, bapak ibu yang terhormat pak Sundoyo mohon izin teman-teman menginginkan biar tuntas agar tidak terjadi mispersepsi, boleh interupsi ditengah jalan mohon ya, alhamdulillah. Jadi usulan pak ustadz Al-Ghazali ini, mazhab, bukan mazhab imam An-Nahwawi bukan, imam Malik, jadi nanti boleh dilakukan dengan cara santai karna beliau berdua ini dari awal sudah mengawal, mengedraft dan lain-lain, jadi tadi sudah kita beri bahan sedikit pak jadi sudah ada bahanlah untuk bertanya kemudian selanjutnya monggo pak Sundoyo, waktu dan tempat kami persilahkan.

dr. Sundoyo: Saya mohon izin berdiri ya dan karna waktunya bisa diinterupsi saya gak pakai batas waktu, saya mohon maaf saya kalau sudah megang mic saya lupa waktu, jadi saya sering diingetkan moderator, yang pertama saya ingin menyampaikan seperti ini dulu, pada saat Peraturan Menteri Kesehatan itu diupload didalam apa namanya pada webnya Menteri Kesehatan itu memang banyak pertanyaan-pertanyaan itu menandakan bahwa ada beberapa

hal yang perlu dijelaskan ke masyarakat termasuk juga ke komunitas Rumah Sakit, organisasi profesi dokter, dokter gigi dan segala macam. Kalau hari ini temanya adalah FGD gitu, saya justru senang, kenapa? Saya yakin pasti ada beberapa hal yang memang walaupun toh sudah dijelaskan sedemikian rupa tapi kan ini penjelasan bagi Rumah Sakit, penjelasan juga bagi teman-teman dokter, dokter gigi gitu ya, tapi bagaimana dengan pengambil kebijakan di daerah jangan-jangan juga mereka kurang begitu paham juga memahami Permenkes 30 ini, padahal dia sebagai pelaku juga untuk melaksanakan Peraturan Menteri Kesehatan 30, sehingga hal-hal yang disampaikan bapak ibu, yang dipertanyakan bapak ibu kalau memang hal ini dibutuhkan untuk perlu penjelasan, kita akan segera keluarkan surat edaran, saya dapat informasi misalnya ada beberapa daerah yang ketika izin itu diproses sebelum keluarnya Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 mestinya itu tetap berlaku pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 56 dan 26 gitu kan, 26 itu untuk OSS-nya gitu ya, tetapi saya dapat informasi untuk pemenuhan ketenagaan dan segala macam langsung mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 mestinya kan tidak seperti itu kalau ini ternyata ada di beberapa daerah ada seperti itu, itu kan salah satu solusi kan kita keluarkan solusi surat edaran dulu. Yang kedua saya ingin saya sampaikan seperti ini bahwa sebenarnya Peraturan Menteri Kesehatan nomor 56 tahun 2014 ini, kalau dari sisi hukumnya itu sebenarnya sudah tidak memenuhi kebutuhan hukum lagi dilapangan ini terbukti dari beberapa persoalan ketika sistem rujukan itu diterapkan, yang kedua ada beberapa hal yang ketika kita coba lihat dilapangan dan bahkan sampai sekarang ada penumpukan atau tidak terdistribusinya pelayanan kesehatan ini dengan baik di daerah gitu ya, ini juga menjadi persoalan, padahal kalau tadi kita ini wakilnya umat, mestinya tidak hanya umat yang ada di Jakarta, Jogjakarta, tetapi termasuk yang ada di Papua, yang ada di Maluku, di Papua Barat, itu juga menjadi bagian yang harus mendapatkan pelayanan, itu konsep besarnya. Sehingga Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 ini secara yuridis itu untuk melaksanakan Undang-undang nomor 44 tahun 2009, yang kedua memang penataan sistem rujukan ini kita harus mencoba untuk menata, kalau bapak ibu coba mencermati didalam berbagai macam peraturan yang ada itu tegas dikatakan, didalam undang-undang kesehatan misalnya maupun didalam SKN terlihat betul bahwa pelayanan kesehatan itu dilakukan secara berjenjang dari tingkat pertama, kedua, ketiga. Ketika di SKN Sistem Kesehatan Nasional itu adalah primer, sekunder, tersier, dikalangan teman-teman profesi menyebutnya adalah umum, spesialis, subspecialistik, 3 hal tadi yang berbeda tadi dia adalah berbicara soal rumah gitu, tapi bagaimana isi rumahnya itu pasti dikomunikasikan dengan teman-teman profesi, ketika ditingkat tiga, kayaknya lebih bagus yang tadi deh (microfon) putus-putus ini. Kalau kita bicara masalah siapa yang ngisi itu kan pasti tergantung teman-teman profesi

ya, dokter ini seperti dokter umum atau dokter spesialis, ketika dokter umum maka tempatnya adalah ada di tingkat pertama, ketika spesialis adalah ditingkat kedua, tetapi ketika subspecialis adanya adalah ditingkat ketiga, itu konsep dasarnya sebenarnya, konsep dasarnya adalah itu maka kata berjenjang tadi itu adalah itu cara berpikirnya. Yang kedua memang dalam Rumah Sakit itu ada yang disebut kepemilikan, kalau diundang-undang Rumah Sakit itu ada Rumah Sakit Publik ada Rumah Sakit Private gitu ya, kalau itu adalah Rumah Sakit Publik itu adalah dimiliki oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah, tapi ketika itu adalah Rumah Sakit Private itu adalah diselenggarakan oleh masyarakat dan itu harus berbadan hukum, nah kata berbadan hukum ini memang dikategorikan ada 2, yang pertama adalah dibadan hukum yang nirlaba, yang kedua adalah badan hukum yang berorientasi pada profit. Awalnya bahkan didalam Undang-undang 44 itu dinyatakan begini, badan hukum itu harus satu-satunya bergerak dibidang Kerumah-Sakitan, tidak boleh dia kalau bergerak di luar bidang Kerumah-Sakitan. Saya dulu kebetulan ikut terlibat pada saat membahas Undang-undang nomor 44 ini, apasih yang diinginkan oleh pembentuk Undang-undang sederhana sebenarnya, kalau ini adalah ada sebuah badan hukum katakanlah Perseroan gitu, lalu jenis usahanya itu adalah ada Kerumahsakititan, ada perkebunan misalnya, lalu ada juga yang lain-lain misalnya. Maka ketika dia itu adalah Bergeraknya dibidang teman-teman terjadi kesolidan finansial itu bisa uang yang Rumah Sakit itu tadi ditarik kesana, yang terjadi apa? Masyarakat tidak terlayani dengan baik, mutu layanan tidak bisa diberikan dengan baik bahkan mengganggu juga terkait masalah pasien safety, itu cara berpikir dulu membentuk Undang-undang. Tapi berubah persolanan itu saat diajukan yudisial reviu oleh teman-teman Muhammadiyah ke Mahkamah Konstitusi, dikatakan disana putusannya amar putusannya kurang lebih seperti ini, bagi badan hukum yang nirlaba itu boleh bergerak tidak hanya dibidang Perumahsakititan, contoh misalnya Muhammadiyah itu juga ada bergerak dibidang pendidikan gitu, ini kalau bicara bidang pendidikan saya ingat 2013 ini, anak saya itu tiba-tiba hilang ke Jogja balik lagi, seminggu kemudian ketok-ketok teriak-teriak, saya keterima, itu tengah malam, diterima di Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Yogyakarta, kenapa sih mas gak di negeri saja? Enggak pokoknya saya mau di Muhammadiyah kaarna konon SMA-nya juga di SMA Muhammadiyah, anak saya yang besar memang raada-rada aneh gitu, bukan, maksud saya aneh itu seperti ini, teman-teman disekelilingnya itu selalu milih negeri, SD-nya negeri, SMP-nya negeri, anak saya gak mau, di Muhammadiyah terus pak, di Sudirman itu Muhammadiyah juga ya? Itu SMA-nya SMA Sudirman yang di Galaksi, makanya ini anak kenapa? Rupanya dia memang pinginya jadi keluarga besar Muhammadiyah.

Nah itu pak yang membedakan, kalau misalnya ada Rumah Sakit Muhammadiyah gak perlu dia harus bergerak dibidang Perumahsakitan karena dasarnya apa? Keputusan mahkamah konstitusi tadi, tapi sepanjang dia adalah bukan nirlaba maka dia harus bergerak dibidang Perumahsakitan, nah itu dia kalau dilihat dari bidang kepemilikan. Khusus untuk bentuk dari rumah sakit memang disini ada perkembangan kalau untuk rumah sakit yang statis tidak ada persoalan, ini adalah rumah sakit seperti biasalah, tapi kalau ini rumah sakit yang bergerak di sini sudah mulai menampung seperti dalam bentuk bis, pesawat, kapal laut, karapan, gerbong kereta itu boleh. Ini juga bisa mendapatkan izin beberapa tahun yang lalu misalnya alumni dari UNAIR, kalau tidak salah itu juga ada kapal rumah sakit. Mereka bimbang sudah memberikan pelayanan dimana-mana terutama di daerah-daerah yang terpencil gitu termasuk juga ketika terjadi bencana dia langsung masuk juga kesitu, tapi dari sisi legalitasnya itu agak kesulitan mereka. Karena apa? Peraturan Menteri Kesehatan no 56 belum menampung masalah itu, inilah salah satu yang tidak memenuhi kebutuhan hukum, maka kita tampung disini gitu. Yang berikutnya adalah rumah sakit lapangan, kalau rumah sakit lapangan rasanya ini sudah berjalan biasa karena biasanya itu didirikan pada saat terjadi bencana gitu, itu berupa tenda, dan segala macam tadi. Lalu kemudian kalau dilihat dari jenis rumah sakit disini ada dua, ada rumah sakit umum, ada rumah sakit khusus. Didalam Menteri kesehatan nomor 56 itu problem bagi rumah sakit khusus, karena apa? didalam pasal 60-nya itu dikatakan begini, rumah sakit khusus hanya dapat memberikan pelayanan kekhususan, kata hanya tadi oleh BPJS pokoknya kalau tidak sesuai dengan kekhususannya tidak akan dibayar. Ini kalau menurut teman saya, Peraturan Menteri Kesehatan no 56 2014 itu adalah hal yang kebablasan, kenapa saya katakan kebablasan? karena dipasal 19 UU no 44 tidak seperti itu. Didalam UU no 44 pasal 19 itu adalah persis seperti ini, rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama disebutkan. Pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit dan atau kehususan lainnya. Pertanyaannya begini, memang dia rumah sakit khusus itu hanya boleh memberikan pelayanan kekhususannya? tidak, hanya utama disebutkan. Yang menjadi problem adalah begini, bukan problem seperti ini, yang menjadi pertanyaan adalah seperti ini. Rumah sakit umum itu bisa juga memberikan pelayanan unggulan? siapa yang ditanya, maksudnya kalau seperti itu lalu seperti apa bedanya rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, ini yang kita mencari pembeda antara rumah sakit umum dan rumah sakit khusus pada saat kami menyusun Peraturan Menteri Kesehatan yang sekarang menjadi Peraturan Menteri Kesehatan no 30. Ketika itu akan kita coba, kan rumah sakit itu bisa memberikan 3 pelayanan kan, rawat jalan IGD dan rawat inap. Ketika itu IGD akan sulit membedakan rumah sakit khusus dan rumah sakit umum,

ketika dia di rawat jalan sulit juga. Maka kalau bapak ibu cermati dalam peraturan Menteri no 30 cara memembedakannya adalah rawat inap, tidak boleh pelayanan umumnya itu adalah lebih dari 40%. Ini yang coba kita bangun konsep Peraturan Menteri Kesehatan no 30, rumah sakit khusus kita langsung tetapkan ada 14 rumah sakit khusus gitu, pertanyaan berikutnya pasti akan begini, pak Sundoyu kan soal perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran itu kan berkembang pesat, bagaimana kalau disuatu hari ada keilmuan baru lalu disitu berdasarkan keilmuan itu dibutuhkan rumah sakit khusus? karena apa, didalam Peraturan Menteri Kesehatan, Menteri dapat menetapkan rumah sakit khusus lainnya. Penetapan terhadap rumah sakit khusus itu sebenarnya Menteri melalui Peraturan Menteri Kesehatan no 30 ini bisa dua. Yang pertama adalah dia ilmu yang baru lalu ditetapkan sebagai rumah sakit khusus atau dia menggabungkan dua dari misalnya dari 14 ini, misalnya gitu. Jadi penetapannya dia bisa dua bisa karena betul-betul penambahan baru atau dalam penggabungan, karena persoalan menetapkan ini pasti ada kaitannya dengan bagaimana pelaksanaan di lapangan, ada persoalan dengan profesi begitu ya, dokter maka harus dilakukan kajian dulu, dan harus ada rekomendasi dari asosiasi perumah-sakitan serta organisasi profesi. Jadi Menteri kesehatan menetapkan tadi baik dalam bentuk penggabungan maupun dalam bentuk jenis apa namanya rumah sakit yang baru adalah atas rekomendasi dari asosiasi perumah-sakitan maupun organisasi profesi. Karena memang tidak mudah jangan sampai begini, ketika Menteri kesehatan menetapkan penggabungan rumah sakit gigi dan mulut sama apani misalnya yang betul-betul berbeda misalnya dengan ortopedi atau dengan otak. Itu kalau tidak saling menunjang bisa nggak cost efektif, malah rumah sakit yang ada malah jadi rugi. Mestinya kalau itu adalah penggabungan harusnya saling menunjang gitu ya supaya dia bisa lebih cost efektif, nah bapak ibu sebenarnya di dalam UU rumah sakit itu sudah dinyatakan, kenapa sih sebenarnya rumah sakit itu adalah berkelas-kelas, ditetapkan di dalam klasifikasi ini sebenarnya, dalam rangka penyelenggaraan pelayanan secara berjenjang dan konsil juga. Ketika kita bicara persoalan pelayanan secara berjenjang itu pasti ada rumah sakit D,C,B dan A tadi memiliki pelayanan yang berbeda. Kemampuan pelayanan yang berbeda tadi itu bisa dilihat dari apa? bisa dilihat dari ini bangunan, prasarana, termasuk juga kemampuan pelayanan disini ada sumber daya manusia dan peralatan. Maka kalau bapak ibu kemarin melihat di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 56 dia detil, bagaimana dokternya, bagaimana perawatnya, bagaimana apa namanya tenaga farmasinya, termasuk peralatannya detil, tapi konsepnya yang coba kita bangun itu agak berubah dengan 56, karena apa? alat adalah mengikuti orang gitu, maka coba kalau ibu bapak perhatikan di dalam lampiran itu praktis tidak bicara persoalan alat, tetapi nanti khusus untuk bangunan dan lain-lain itu akan

diatur atau mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan no 24. Jadi Peraturan Menteri Kesehatan no 24 nanti juga akan dilakukan perubahan juga gitu. Lalu selanjutnya adalah terkait masalah klasifikasi agar tidak debatable dilapangan, karena kemarin di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 56 itu tidak pernah ada pernyataan dalam bentuk norma yang menyatakan bahwa walaupun toh kita tau pelayanan itu adalah berjenjang, yang mana sih sebenarnya pelayanan spesialis itu dilakukan dan di mana pelayanan subspecialis itu dilakukan. Maka di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 30 kita nyatakan secara tegas pelayanan subspecialis itu adalah ada di rumah sakit kelas A dan B sementara untuk pelayanan spesialistik adalah di C dan D kecuali di pratama. Ini kenapa karena rumah sakit itu ada klasifikasinya ada D, C B dan A. Khusus untuk rumah sakit khusus ada 3 kelas yaitu C, B dan A tetapi khusus untuk rumah sakit C hanya diperuntukkan untuk rumah sakit ibu dan anak, apa pertimbangannya? salah satu pertimbangannya adalah pertimbangan ketersediaan dokter spesialisnya, dokter subspecialisnya. Kalau bapak ibu coba lihat di dalam pasal 25 itu dikatakan begini; rumah sakit kelas C itu juga dia memberikan pelayanan sub speialistik gitu ya, terbatas disebut. Sementara kalau misalnya kita lihat dari 14 jenis tadi itu, itu kalau ada beberapa ketersediaan dokter spesialis atau subspecialis tadi itu, itu jangankan untuk yang kelas C, untuk memenuhi B dan A saja masih kurang. Saya contoh saja walaupun pakai ini tidak ada kaitannya dengan rumah sakit khusus, saya baru tahu dari perhimpunan adalah terkait dengan dokter untuk gizi klinik ternyata jumlahnya tidak lebih dari 70 ya, kalau tidak salah. Bayangkan saat ini jumlah rumah sakit kelas A itu 70 lalu rumah sakit B-nya itu adalah hampir mendekati 500 gitu, ini akan dimana ini rumahnya gini itu, kalau ini adalah kita akan bebaskan itu justru nanti ini yang betul-betul kebutuhan untuk dirumah sakit A dan B tidak terpenuhi malah larinya ke D dan C. Lalu yang kedua, pak kok di situ saya adalah sebenarnya adalah sub lalu sebenarnya rumah saya adalah di A dan B tapi kenapa pada saat saya lihat lampiran disitu ada plus minus. Ini kalau orang tidak apa namanya utuh gitu bagaimana pada saat dulu kita diskusi akan jadi persoalan karena cara berpikirnya pasti oh saya berarti tidak punya rumah, wong disini juga boleh, disini juga tidak boleh juga gitu kan. Plus minus itu artinya boleh iya boleh tidak, cara berpikirnya adalah seperti ini pak kalau rumah sakit A tadi ketersediaan berdasarkan data dia adalah sangat terbatas lalu disitu ditulis plus maka kan harus karena cara membacanya adalah plus itu adalah harus, plus minus adalah boleh ada boleh tidak, ketika min itu adalah tidak boleh. Maka adalah ketika disitu ditulis plus itu yang terjadi adalah wajib ada, ketika itu dia tidak ada akan berpengaruh pada bagaimana penetapan kelas, akan berpengaruh terhadap bagaimana nanti membayarnya. Tetapi bagi perhimpunan tertentu, nggak pokoknya harus plus gitu dan kalau disitu plus bagaimana cara memenuhinya sementara ada juga spesialis tertentu

jumlahnya cuma ada 150, 200 bahkan proyeksi 5 sampai dengan 10 kedepan kalau setiap tahun hanya ada 7, 10 gitu lulusannya itu bisa 10 tahun juga bisa memenuhi yang B dan A juga tidak terpenuhi. Ini juga menjadi problem maka disitu adalah kita plus minus itu, kenapa? kenapa kita plus minus? waktu itu kami simulasikan begini, kalau saya adalah sebagai direktur rumah sakit gitu kan saya pasti akan melihat utilitasnya, kalau misalnya dibutuhkan oleh masyarakat disepular rumah sakit saya adalah pelayanan A gitu, walaupun plus minusnya plus minusnya untuk rumah sakit kelas A saya adalah rumah sakit kelas B itu adalah banyak. Tetapi yang dibutuhkan adalah subspecialis A saya pasti akan lebih mengutamakan yang A tadi daripada yang lain. Karena apa, di dalam peraturan Menteri kesehatan no 30 itu lebih kepada bagaimana analisis beban kerja, itu dikaitkan dengan utilitas tadi itu. Yang selanjutnya adalah terkait dengan masalah rumah sakit umum, ini khusus untuk ketenaga kerjaan itu adalah standarnya sama persis dengan apa yang ada didalam pasal 24, penjelasan, contoh misalnya ketika disini adalah rumah sakit A maka paling sedikit adalah ada 4 spesialis dasar, 5 penunjang medik spesialis, lalu ada 12 spesialis lainnya selain spesialis dasar dan 13 subspecialis, ini sama, sama persis seperti yang ada didalam UU 24. Akan muncul pertanyaan, pak Sundoyo kalo seperti ini gitu kira-kira kalau misalnya kalau mau akan mengembangkan boleh enggak? Boleh, ini pengembangannya gitu, pengembangan untuk yang ini tanpa syarat, ini adalah betul-betul berdasarkan masyarakat disepular saya itu adalah membutuhkan pelayanan yang seperti ini, maka boleh dikembangkan ini. Pertanyaan yang kedua akan begini, pak saya sudah mengembangkan seperti ini tetapi masyarakat disekitar kita membutuhkan pelayanan yang sebenarnya pelayanan itu adalah ada dirumah sakit, dikelas atas rumah sakit saya, bagaimana ini? Sementara rumah sakit yang diatas rumah sakit saya tadi tidak ada di seputaran kita, boleh gitu, boleh. Bagaimana caranya ini, harus ada rekomendasi dari gubernur karna ini sudah bicara persoalan antar wilayah administrasi, ada yang bertanya begini pak Sundoyo, kan didalam lampirannya disitu minus kenapa mencek boleh? gitu kan, pasal 19 itu kata minus tadi itu adalah digantikan dengan rekomendasi dari dinas kesehatan, maka dia menjadi boleh, itu yang pertama. Yang kedua, ada yang bertanya, pak sundoyo saya dari D mau ke C tujuannya ini sebaiknya bagaimana apakah 3 plus 7 atau 3 tambah 4 menjadi 7, bapak ibu coba lihat di dalam pasal 19 merujuknya itu adalah ayat 1. Maka ketika merujuknya ke ayat 1 itu adalah 3 plus 4 menjadi 7 kecuali merujuknya itu adalah ayat berikutnya itu adalah berarti adalah 3 plus 7 gitu. Coba lihat di dalam pasal 19 merujuknya adalah ke atasnya tadi gitu lo, jadi kita cara melihatnya adalah bagaimana rumusan yang ada di dalam pasal 19 tadi, kenapa kita coba membuat berjenjang, fleksibelitas juga kita tetap pertahankan karena memang tidak mudah pak. Yang pertama dari sisi geografis negara kita memang tidak

mudah untuk mengatur yowes pokoknya ini berlaku dari sabang sampai merauke itu sulit. Yang kedua terkait masalah penyebaran penduduk juga tidak mudah juga, yang ketiga terkait dengan persoalan ketersediaan apa namanya tenaga SDM juga tidak mudah, maka ini kita tetap gunakan untuk bagaimana ketika terjadi ini maka begini, jika begini maka begini, kita tetap terus carikan jalan keluar agar inikan kita harus mempertimbangkan juga begini pak. Kalau kami berpikinya sebenarnya sederhana, ketika ini bicara persoalan perumhaskitan gitu ya kan ini ada 3 pihak kan, bagaimana pemerintah mengatur lalu bagaimana pelaku perumhaskitan juga kita harus atur gitu kan, termasuk juga bagaimana masyarakat ini juga bisa mendapatkan akses. Pemerintah itu fungsinya adalah mengatur ini sebenarnya bagaimana antar pelaku kita atur bagaimana rumah sakit juga mereka tidak kesulitan untuk akses maka kita selalu mencoba untuk membuat berjenjang seperti ini.

dr. Slamet : Pak sundoyo tadi ada pertanyaan apakah ini misalnya yang C, tidak ada yang B di daerahnya ini maksimal 7 atau 7 plus 3?

dr. Sundoyo : 7, jadi 3 plus 4 jadi 7

dr. Slamet : Berarti tidak 10 ya, berarti 7 ya, bagaimana, cepetan. Ini dokter Paik dari Malang.

dr. Sundoya : Ya monggo dok, silahkan dok.

dr. Paik : Tadi dinyatakan bahwa prinsip rujukan berjenjang tadi dikatakan umum, spesialis, kemudian subspecialis. Saya sepakat tapi pada saat kemudian penetapan yang tertera di layar artinya penyakit 4 besar atau 4 dasar, pelayanan medis dasar ini di tipe D, kemudian muncul ditingkat C ini hanya dibatasi untuk pelayanan medis spesialis yang lain ini kan mohon maaf artinya untuk yang dikategorikan medis, pelayanan medis spesialis yang lain ini kaya paru, saraf, mata, THT, dan sebagainya inikan masih kategori spesialis belum tataran sampai subspecialis, sementara pada tataran kebutuhan masyarakat penyakit paru banyak di desa kalau kemudian penyakit paru itu harus kita paksakan di tempatkan di rumah sakit yang notabene kelas B yang cukup jauh ini masyarakat juga akan kesulitan akses ini apa tidak sebaiknya dipertimbangkan. Apakah kita mau sepakat, kalau kita mau sepakat subspecialis di B dan A maka yang lain itu bukan kategori yang harus ditempatkan di B dan A, artinya untuk pelayanan medis yang lain rumah sakit tipe C pun asal punya sarana yang memadai mestinya tetap diizinkan pak, tidak dibatasi 3, 7 atau 10, tetapi sepanjang bisa melayani pelayanan spesialis itu mestinya agar dikategorikan bahwa ini bukan pelayanan subspecialis, mungkin itu pak. Terimakasih pak.

dr. Sundoyo : Ya jadi kalau bapak perhatikan di dalam UU rumah sakit itu, itu kan begini rumah sakit D, C, B, dan A gitu ya maka ketika rumah sakit jenis pelayanan yang ada di rumah sakit D itu pasti bisa juga diberikan pelayanan itu di rumah sakit C, begitu juga D dan C itu pasti bisa dilayani

juga di B, ketika itu di C dan B itu juga pasti bisa dilakukan di A. Itu konsep yang dibangun di dalam UU rumah sakit, maka ketika tadi apa yang bapak sampaikan tadi adalah yang penting semuanya spesialis itu ada disitu, subspecialis ada di B dan A nanti kembali lagi tidak sejalan dengan UU rumah sakit yang terjadi terkait dengan masalah rujukan semuanya akan terjadi seperti kemarin, kemarin kan yang terjadi seperti ini, ketika apa namanya yang terjadi di lapangan itu adalah tidak sejalan dengan apa yang disebut dengan pelayanan yang berjenjang lalu fungsi rujukan tadi tidak berjalan dengan baik semua rujukan itu berhenti di D dan C, semua pasien akan mogok disitu, lalu apa yang akan terjadi? semua rame-rame ingin turun kelas dari B pinginnya ke C, C pinginnya ke D gitu kan. Ini yang sudah coba kita pertimbangkan dalam menyusun Permenkes 30 pak, yah bagaimana pak? dr. Paik : Izin pak jadi bagaimana keterkaitan ketidak mampuan pelayanan pasti kita akan rujuk tentunya landasan kita merujuk pasien itu bukan karena, ya mohon maaf ini kalau cuman sekedar tonsilektomy pengambilan amandel itu tidak perlu dirujuk ke B, pengambilan amandel itu bisa di rumah sakit tipe C selama ada dokter spesialis THT, punya alatnya insyaallah bisa. Tetapi untuk kasus tumor karena ada tumor di telinga atau tumor di leher ini tentunya bukan kapasitas kemampuan pelayanan rumah sakit yang rendah, jadi ketentuan untuk naik ke subspecialis ini datanya bukan dari, kalau tadi kan hanya misalnya dari THT dan sebagainya atau penyakit yang notabenenya spesialis yang lain ini ditempatkan di rumah sakit tipe B, sementara tipe C dibatasi 3 hal, iya kan?

dr. Slamet : Jadi pak sundoyo, primer, sekunder, tersier. Sekunder kan spesialis, tersier sub, kenapa tidak semua skunder tidak diperbolehkan ditipe D dan C, ada batas maksimal? nanti juga akan dilengkapi oleh persentasinya dokter sundoyo, yang sekarang ini yang terjadi kan ada spesialis-spesialis yang tidak boleh ditipe C dan D pak, dan itu sama-sama skunder. Pertanyaan kedua adalah sudah diperbolehkan tapi kok ada batas, padahal itu adalah pelayanan skunder, begitu.

dr. Sundoyo : ya, tadi sudah saya sampaikan pada saat kita coba untuk membuat Peraturan Menteri Kesehatan yang sekarang menjadi Menteri Kesehatan no 30 itu salah satu pertimbangan kita adalah sebenarnya ketersediaan tenaga, kita punya bahkan nanti kalau dipaparkan oleh dr. Yut nanti akan terlihat. Dirumah sakit B dan A itu sangat kekurangan tapi seluruhnya itu ada di D dan C, itu kita punya datanya pak. Dari hal itulah salah satu pertimbangan kenapa ada pembatasan tadi supaya di sini betul-betul ketika itu adalah B memang betul-betul bisa memberikan pelayanan seperti di D dan C, dan kalau itu dia terbatas kita akan kirim ke rumah sakit B dan A, karena memang ketersediaanya sangat-sangat terbatas, tidak hanya pelayanan, atau tidak hanya dokter yang subspecialis, dokter spesialis pun juga terbatas juga ketersediannya, nanti akan disampaikan oleh dokter yut

untuk melengkapi jawaban ini, gitu ya. Ini kita akan jalan terus, nah ini terkait dengan masalah rumah sakit khusus, di dalam rumah sakit khusus ini memang konsepnya hampir sama, yang membedakan hanya C, rumah sakit ibu dan anak dikecualikan terhadap untuk terkait dengan yang ini, apa namanya sesuai dengan keputusannya untuk ini juga penunjang adalah untuk gigi dan mulut. Nanti kalau yang untuk yang lain terkait untuk masalah penunjang atau kehususan juga bisa dilakukan secara terbatas kalau perijinan. Nah perijinan ini yang memang ada perubahan yang cukup mendasar, karena apa? kita menyesuaikan dengan peraturan pemerintah no 24. Di dalam peraturan no 24 itu konsepnya sepertinya adalah tidak adalagi berbagai meja gitu ya, tetapi ini langsung masuk ke dalam sistem untuk itu di dalam perizinan yang ada di dalam UU rumah sakit ada 6, ini mulai dari lokasi, bangunan, prasarana, termasuk juga sumber daya dan kefarmasian, peralatan ini harus terpenuhi. Bedanya adalah kapan yang terkait dengan bangunan sarana dan peralatan tadi itu adalah masuk pada saat izin pendirian di sini lalu ini akan masuk ke dalam sistem OSS, dia ada di PP no 24, ada juga di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 26, sementara kalau izin oprasional sebenarnya prinsip dasarnya ada beberapa, yang pertama paling sedikit meliputi visi dan misi harus ada di sini, lalu yang kedua adalah ada self assesment lalu surat keterangan atau sertifikat, ini izin operasional lalu dia juga sertifikat akreditasi khusus untuk yang perpanjangan karena memang kita persyaratkan, ketika rumah sakit tadi adalah sudah mendapatkan izin oprasional maka pada saat diperpanjang harus sudah ada, harus sudah terakreditasi. Yang selanjutnya adalah terkait dengan izin pendirian ini adalah berlaku selama rumah sakit itu memberikan pelayanan. Yang kedua terkait dengan izin oprasional berlaku selama 5 tahun dan dia itu diajukan oleh pimpinan rumah sakit. Apa persyaratannya? ini, ada problem rumah sakit, ada self assesment yang tadi kita sampaikan ini adalah akan masuk ke dalam hal-hal yang harus dikomitmenkan oleh pelaku usaha kalau misalnya ada rumah sakit atau pelaku usaha akan mendirikan rumah sakit maka sebaiknya dia akan berkomitmen saja bahwa dia akan memenuhi ini ini ini maka dia sudah langsung itu keluar izinnya, hal yang lain yang membutuhkan izin adalah untuk pelayanan kesehatan tertentu, ini juga yang menjadi banyak pertanyaan, di dalam pasal 30 itu dinyatakan selain izin operasional dan mendirikan itu ada pelayanan tertentu yang harus mendapatkan izin dari Menteri. Apa kriterianya? ini sebenarnya, berteknologi tinggi, beresiko terhadap keselamatan pasien, dan juga berbiaya tinggi contohnya di sini adalah ada radio terapi, lalu ada kedokteran nuklir, ada TRB gitu, ada satu yang dihubungkan dengan lampiran, di dalam lampiran itu adalah ada KGH yang dia hanya di rumah sakit A dan B, C dan D itu adalah minus, gitu ya. Pada saat awal itu adalah kita akan memasukkan ke dalam pasal 30 itu akan menjadi problem, kenapa ini menjadi problem? karena pada saat ini persoalan

hemodialisa itu adalah di rumah sakit tipe D, ada di C bahkan di klinikpun juga ada. Maka akhirnya pada waktu itu kita sepakat untuk tidak memasukkan ke-dalam pasal 30 secara tegas disitu, kenapa? karena ada Peraturan Menteri Kesehatan no 812 tahun 2010 itu yang kita gunakan. Inilah yang pada proses nanti di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 30 ini dalam 1 tahun kita akan mencoba untuk memperbaiki Peraturan Menteri Kesehatan 812 gitu lo. Di dalam perubahan 812 itu harus tetap mempertimbangkan bagaimana persoalan akses, bagaimana persoalan keselamatan pasien, mutu layanan harus gitu, kan konsepnya tadi sederhana KGH itu ketika dia itu adalah subspecialis maka rumahnya adalah di A dan B selesai, di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 30. Yang menjadi persoalan adalah apakah ketika ini adalah terbatas lalu ada di rumah sakit A dan B, C, D dan klinik enggak boleh, itu yang akan kita bahas pada saat nanti dilakukan perubahan pada Peraturan Menteri Kesehatan 812 gitu. Ini kan yang banyak pertanyaan di lapangan, saya juga sering mendapatkan WA gitu, karena apa cara melihatnya adalah lampiran itu, dokter spesialis yang KGH tadi itu hanya ada di A dan B, padahal ini ada peraturan Menteri khusus yang mengatur persoalan hemodialisa, ini yang mesti harus dipahami utuh gitu ya, artinya apa? sepanjang 812 itu adalah belum dilakukan perubahan, ya kondisinya masih seperti ini gitu, begitu cara membacanya, karena ini adalah sebagai let spesialis, ketika kita bicara persoalan lho ini kan saat ada peraturan baru, iya tapi ini adalah khusus mengatur masalah hemodialisi jadi itu tadi gitu kan, maka ini yang harus kita mencoba untuk melakukan perubahan, bagaimana pelan-pelan ini coba kita kirim. Saya juga ada beberapa misalnya gitu ya, walaupun ini ada beberapa yang informasi yang sampai masuk ke Kementerian kesehatan, ada beberapa klinik yang ketika melakukan pelayanan HD itu tiba-tiba terjadi kegawat daruratan, apa yang terjadi? karena dia adalah terbatas tidak seperti yang ada di rumah sakit akhirnya tidak tertolong. Pertanyaannya kan lalu begini, apakah bila terjadi seperti itu pemerintah enggak hadir gitu, pemerintah enggak coba untuk mengatur padahal ini terjadi, inilah hal-hal yang sebenarnya perlu kita pikirkan kedepan bagaimana ini masyarakat tetap mudah akses tapi persoalan mutu, persoalan pasien safety ini juga tetap harus dipikirkan, misalnya gitu ya. Lalu ini perizinan rumah sakit sebenarnya konsepnya sama, kalau rumah sakit A oleh Menteri, kalau rumah sakit B oleh gubernur untuk C dan D itu adalah oleh kabupaten kota, hanya satu memang pada saat kami uji publik memang ada permintaan dari pemerintah daerah agar ada satu norma, pemerintah daerah juga diberi kewenangan untuk melakukan kajian, dibutuhkan gak kalau misalnya ada pelaku usaha dibidang perumahsakitan mengajukan izin, saya juga diberi kewenangan untuk melakukan evaluasi, dibutuhkan nggak pelayanan atau rumah sakit kelas ini di wilayah saya, maka disini memberikan kesempatan juga bagi gubernur, walikota, dalam

penerbitan izin tadi. Lalu ini tata caranya sebenarnya konsep di dalam peraturan pemerintah no 24 ini kalau dilihat dari sisi keluarnya izin, keluarnya, tapi dia belum efektif paling mudah sebenarnya, karna apa? sekali pelaku usaha itu akses ke sistem OSS tadi dalam waktu 30 menit dia izin keluar pak, karena apa? yang izin persyaratan-persyaratan tadi gitu, oh harus ada persyaratan A, B, C, D itu dalam bentuk komitmen saja. Ketika di klik disitu ooo saya komitmen akan memenuhi, keluar dia untuk izin gitu, begitu dia keluar maka dia harus memenuhi komitmen tadi, ketika disitu ohh tenaga saya harus segitu, ohh farmasi saya harus sekian, ohh saya harus ada, apa namanya untuk lingkungannya tadi, izin lingkungan, begitu itu sudah selesai lalu dinotifikasi ohh ini sudah terpenuhi lalu izin itu efektif. Maka konsep yang dibangun dalam PP 24 itu dibalik pak, kalau selama ini para pelaku usaha itu melakukan izin kepada pemerintah atau pemerintah daerah itu selalu disebutnya adalah lama gitu, yakan gitu, ini kok lama banget padahal lamanya itu bisa banyak penyebabnya, mungkin karena persyaratannya belum lengkap atau segala macam kan gitu, ini sekarang dibalik, sekali pelaku usaha itu masuk kedalam OSS dengan ceklik saya akan komitmen memenuhi ini, maju lagi ceklik saya akan memenuhi ini, keluar dia dalam waktu 30 menit. Tapi dia akan efektif atau tidak efektif adalah tergantung bapak ibu memenuhi komitmen tadi, begitu komitmen terpenuhi dia akan efektif. Nah khusus untuk rumah sakit pemerintah atau pemerintah daerah yang dia sudah berstatus BLU ini dia bisa masuk ke dalam sistem ini, tapi kalau dia belum BLU, maka dia dilakukan secara manual karena sistem di dalam OSS masih belum, apa namanya, belum menampung atau memfasilitasi terkait dengan izin bagi rumah sakit yang dimiliki oleh pemerintah daerah kalau dia belum BLU. Sementara untuk izin operasional ini adalah di dalamnya termasuk memuat penetapan kelas berdasarkan penilaian di lapangan melalui izin oprasional diberikan jika presentase, kenapa kita sebut dengan presentase? kita memang dengan ketersediaan SDM yang ada pak saat ini bahkan proyeksi kedepan itu memang tidak mudah untuk memenuhi, apa namanya? memenuhi SDM tadi, maka konsep kita kedepan pada saat akan mentapak kelas atau mereviu kelas itu kita persentase, bukan seratus persen. Saya ingin menggambarkan seperti ini, di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 56 kalau bapak coba lihat itu di dalam lampirannya baik SDM maupun sarana prasarana karena selama ini tidak ada penetapan kelas itu tidak ada pedomannya seperti apa, maka logikanya adalah terpenuhi seratus persen, maka nggak heran pak, ketika teman-teman BPJS itu melakukan kredensial atau rekredensial lalu acuannya adalah Permenkes 56 banyak yang tidak terpenuhi, bahkan datanya lebih dari 1200. Tapi kalau ini kita tidak mencoba mengintervensi melalui pedoman review itu akan trurun pak 1200 tadi, karena cara berpikirnya mereka adalah sepanjang disini plus, sepanjang tenaganya tertera disitu itu harus ada, maka kalau bapak ibu

coba lihat di dalam pedoman revidi kelas keputusan Menteri kesehatan no 73 di situ di persentase sepanjang SDM-nya itu adalah memenuhi 75% dan sarana prasarannya memenuhi 60% maka dia dianggap dikelas itu, maka dari 1200 sekian yang ditemukan oleh BPJS ketidaksesuaian kelas tadi pada saat kredensial atau rekredensial setelah dilakukan revidi kelas oleh Kementerian Kesehatan hanya 195. Ini sebenarnya yang menjadi persoalan gitu ya, jadi ada perbedaan itu adalah karena kita punya pedoman revidi kelas dengan keputusan 373 tadi, jadi 75 sama 60% tadi, ini banyak pertanyaan apakah perlu ada perubahan izin gitu sepanjang dia itu adalah badan hukumnya tidak berubah, nama rumah sakit tidak berubah, kepemilikan rumah sakit tidak berubah, jenis rumah sakit, alamat rumah sakit, dia sebenarnya tidak perlu ada perubahan, tapi sepanjang memang ini mengalami perubahan maka izin harus berubah. Yang kedua dokumen perubahan kurang lebih seperti dokumen izin operasional, lalu bagaimana terhadap rumah sakit yang sampai dengan batas waktu izinnya tadi habis tetapi dia tidak memperpanjang maka ada dua hal, yang pertama adalah dia tidak boleh memberikan pelayanan kesehatan kecuali pelayanan gawat darurat dan pasien yang sudah dirawat, yang kedua dia juga sebenarnya kalau dilihat dari pasal 25 UU rumah sakit juga dia bisa dikenakan sanksi, bahkan sanksinya sanksi pidana menurut UU rumah sakit, karena di sana disebut bahwa rumah sakit yang memberikan pelayanan tetapi tidak memiliki izin operasional itu bisa dipidana. Penyelenggaraan rumah sakit seperti yang tadi saya sampaikan bahwa ada rawat inap, rawat jalan, dan kegawat daruratan, kita tidak mengatur tempat tidur, tetapi yang kita atur adalah bagaimana tempat tidur kelas 3 disebuah rumah sakit ketika rumah sakitnya adalah milik pemerintah maka dia 30% dari jumlah tempat tidur yang ada, ketika rumah sakit itu adalah diselenggarakan oleh masyarakat atau rumah sakit swasta maka dia 20%. Kami juga mencoba membatasi juga bagaimana rumah sakit di atas kelas satu kita sebutnya, karena apa? diatas kelas satu itu ternyata dilapangan sebutannya banyak pak, ada yang menyebut VIP, ada yang menyebut VVIP, ada yang menyebut presiden suite macam-macam gitu, maka di sini ada kita sebut di atas kelas 1 hanya boleh paling banyak 30%, di luar itu kita juga mengatur bagaimana perawatan untuk intensif adalah 8% dari jumlah tempat tidur yang ada, karena apa? berdasarkan hasil dari kajian kami di Kementerian kesehatan banyak rumah sakit-rumah sakit yang untuk perawatan intensifnya hampir dibilang yang penting ada. Apa yang terjadi? banyak pasien yang membutuhkan perawatan intensif dia harus di oper ketempat yang lain gitu. Masyarakat terhadap kebijakan ini, kok saya berobat dipimpong dan segala macam, maka di sini kita atur. Dari 8% ini, maka 5% nya adalah ICU tapi khusus untuk rumah sakit gigi dan mulut kita tidak wajibkan untuk ini, khusus untuk rumah sakit pendidikan pada prinsipnya kita tunduk pada PP 93 2015 tentang rumah sakit pendidikan untuk TKWNA juga ada Peraturan

Menteri Kesehatan no 67 tahun 2013. Nah untuk rumah sakit PMA ini memang kita terikat pada perpres DNI daftar nominatif infestasi, rumah sakit itu yang termasuk dibuka untuk PMA 67% maksimal, yang ke dua adalah terkait dengan masalah klinik itu ternyata dibuka juga, maka kami ingin mencoba bagaimana klinik ini tidak terlepas dari rumah sakit, karena kalau ini dia berdiri sendiri nanti pelaku-pelaku usaha kecil yang dekat klinik ini bisa agak terganggu pak dengan hadirnya klinik yang bisa PMA tadi maka klinik yang PMA itu harus masuk pada rumah sakit, maka ketika rumah sakit tadi belum PMA dia harus berubah menjadi PMA. Ini yang coba kita lihat karena apa? sekali jenis usaha itu adalah sudah dibuka oleh pemerintah maka dia tidak boleh ditutup, tidak boleh dia dihilangkan. Karena apa? itu akan menimbulkan ketidakpastian hukum di negara-negara tertentu, ini berlaku umum diseluruh negara maka kita caranya adalah bagaimana KBLI yang 860 titik sekian ini harus masuk ke dalam rumah sakit, kalau untuk rumah sakit yang PMA ini kita batasi memang, bukan kita batasi tapi kita atur memang tempat tidurnya, dia paling sedikit adalah 200, tapi kalau untuk rumah sakit-rumah sakit dalam negeri kita tidak mengatur rumah sakitnya, lalu penyelenggaraan untuk peraturan internal ada 4 prinsip, pimpinan rumah sakit tidak boleh merangkap jabatan managerial rumah sakit gitu, lalu yang kedua ini ada pertanyaan pemilik ini yang mana gitu, kalau tadi dalam pasal 4 itu adalah kita katakan bahwa rumah sakit itu harus berbadan hukum, maka sebenarnya subyek hukum adalah badan hukum tadi, pengurusnya itu yang tidak boleh menjadi pimpinan rumah sakit, lalu kepala atau direktur rumah sakit ini harus dari unsur pelayanan medis gitu rumah sakit harus seorang tenaga medis di sini, lalu pemilik rumah sakit dapat melakukan kerja sama, ini adalah yang terkait dengan non teknis. Lalu penyelenggaraan pemberian nama rumah sakit harus mempertimbangkan bagaimana rumah agama, sosial budaya termasuk juga bagaimana rumah sakit itu juga dapat disesuaikan dengan kepemilikan jenis kekhususan juga boleh. Lalu dia dilarang menggunakan ini, kata internasional, world class, kelas dunia, global dan macam-macam ini, lalu pemberian nama rumah sakit khusus harus mencantumkan sesuai dengan kekhususannya karena dia memang tadi terkait dengan ilmu, organ, umur, dan segala macam yang tadi, supaya masyarakat paham, oh ini adalah rumah sakit THT misalnya, terkait dengan registrasi termasuk juga peningkatan kelas dan juga akreditasi kita wajibkan setiap 3 bulan sekali atau sewaktu-waktu dia harus memperbaharui, tujuannya untuk mengetahui sejauh mana SDM yang ada di rumah sakit tersebut sehingga kita tahu, karena itu akan terkait dengan masalah sistrute, peningkatan kelas juga ini ketika dia sudah bisa naik kelas boleh dia naik kelas, pertanyaannya hanya ada dua, dia hanya boleh naik satu kelas di atasnya, atau yang kedua dia harus sudah terakreditasi, maka dari itu khusus untuk akreditasi peraturan di dalam Menteri kesehatan no 30 ini kita tentukan ketika dia ada rumah sakit baru

maka dalam waktu dua tahun dia sudah terakreditasi, 2 tahun sejak izin oprasional diberikan pembinaan dan pengawasan ini bisa dilakukan oleh Menteri, gubernur, bupati, wali kota, dewan pengawas, termasuk badan pengawas rumah sakit lalu melalui apa? advokasi, sosialisasi, dan supervisi, melalui pendidikan, pelatihan, termasuk juga pemantauan dan evaluasi reuiu kelas, nah ketika ini reuiu kelas maka ini gambarannya, jadi pada saat rumah sakit ini adalah dilakukan reuiu kelas, bagaimana dia bekerjasama dengan BPJS maka reuiu kelas itu adalah atas permintaan BPJS ketika regensial atau rekredensial tadi ada ketidaksesuaian, maka berdasarkan pilpres 82 disampaikan kepada Menteri kesehatan, Menteri kesehatan diberi waktu 3 bulan melakukan reuiu, hasil reuiu itu tadi disampaikan nanti kepada pimpinan BPJS. BPJS baru melakukan perubahan terhadap kontrak, makna perubahan kontrak tadi adalah di dalamnya pembayaran, saya mendapat informasi di lapangan, BPJS itu begitu ada review kelas tadi itu dia turun maka kembaliin uang yang tak bayar kemarin, nggak bukan itu. Di dalam pilpres 82 itu, bunyi ayatnya adalah begini dalam kerja sama dengan PBJS tadi itu rumah sakit harus dilakukan kredensial atau rekredensial, dalam melakukian kredensial tadi, kok diketahui atau ditemukan ada ketidak sesuaian, maka disampaikan kepada Menteri kesehatan untuk dilakukan review. Review kelas yang dilakukan oleh Menteri kesehatan disampaikan kepada BPJS gitu. Lalu ayat terakhir adalah hasil reuiu kelas tadi itu adalah digunakan untuk melakukan perubahan kontrak, maka saat perubahan kontrak itu adalah berubah, yang tadinya C misalnya turun ke D atau dari B turun ke C saat itulah rumah sakit akan dibayar sesuai dengan hasil review kelas. Itu sebenarnya makna yang ada di pilpres 82, saya dapat informasi katanya yang kemarin kembaliin karena kemarin itu tak bayar B padahal ini C bukan, pilpres 82 itu dia adalah progresif, bukan retro. Ini mestinya clear dengan teman-teman BPJS lalu reuiu kelas juga dilakukan secara nasional gitu, dilakukan terhadap rumah sakit milik pemerintah maupun swasta dilakukan secara priode disini, nanti temen-temen di rumah sakit mengisi ASPAK, lalu bagaimana pemberian dan pengawasan ini instrumennya adalah Peraturan Menteri Kesehatan no 56 lalu ada lampiran Menteri kesehatan 30 ini adalah khusus untuk rumah sakit khusus, lalu ada Peraturan Menteri Kesehatan no 30 rumah sakit online dan ASPAK, maka ketika dia itu rumah sakit umum yang izinnya itu adalah berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan no 56 maka dia adalah mengacu pada no 56, ketika dia itu no 30 maka mengacu pada no 30 ketika itu rumah sakit khusus yang dia adalah izinnya berdasarkan lampiran Peraturan Menteri Kesehatan 30 maka Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30, itu terkait dengan kepemilikan dan kepengawasan lalu review kelas sama hasil review ini adalah telah berdasarkan laporan BPJS diperkenalkan oleh badan BPJS untuk melakukan penyusunan kontrak pengaturan lebih lanjut, ini yang 373 kedepan pasti akan

kita lakukan perubahan pak, karena apa? antara Peraturan Menteri Kesehatan 56 dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 memang ada perbedaan. Maka kita pasti akan melakukan perubahan, bagaimana untuk yang Peraturan Menteri Kesehatan yang 56 akan tetap mengacu kepada saat ini yang ada di 373 maka ke depan kita akan mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 ini, persoalan persentasenya itu yang akan coba kita lihat di lapangan, kalau kemarin itu kan 75, 60 itu simulasinya luar biasa loh pak, ketika BPJS itu adalah menyampaikan ada 1200 yang tidak sesuai dengan kelas, itu setelah kita mencoba untuk membuat alat instrumen sedemikian rupa dengan rumus tertentu ketika harus terpenuhi SDMnya 90, lalu sarana dan prasarannya 70 itu yang turun kelas diatas 800. Ketika ini kita turunkan 85 tetep 70 yang turut juga tidak terlalu banyak dari 800 tadi, ada 700 sekian sampai kita mencoba menurunkan 86 itu, itu masih ada 720. Ketika kita coba turunkan lagi 75-60 ketemu angka 615 yang pada saat mereka melakukan keberatan akhirnya 195 itu, artinya apa? pemerintah mempertimbangkan bagaimana keberlangsungan pelayanan yang diberikan oleh masyarakat. Karena apa? karena di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 itu kalau kita ya sudah ikutin saja 56, ya 1200 itu. Ini sebenarnya pemerintah mengatur, menyeimbangkan bagaimana pelaku usaha dengan kebutuhan pelayanan itu sebenarnya terlihat. Bagaimana persentase ini selalu diturunkan tadi sampai mencapai angka 195. Itu temen-temen pada apa namanya melakukan keberatan-keberatan tadi, ini adalah ketentuan peralihan bagi rumah sakit yang memiliki izin mendirikan berdasarkan 56 ini tetap bisa berjalan sampai dengan habis, lalu rumah sakit yang sedang dalam proses pengajuan izin mendirikan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan no 56 tapi dia adalah sebelum peraturan Menteri ini diundangkan, dia tetap masih diproses berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan yang lama bagaimana maupun 26, 26 ini adalah OSSnya gitu ya. Rumah sakit kelas C yang telah memiliki izin penyelenggaraan pelayanan kesehatan tertentu masih dapat memberikan pelayanan sampai dengan 10 tahun, karena kami juga berpikir ada beberapa jenis alat tertentu yang investasinya luar biasa mahal. Maka itu juga kita pertimbangkan sampai dengan 10 tahun itu. Lalu rumah sakit C dan D yang tetap memberikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tertentu harus menyesuaikan klasifikasinya sesuai dengan ketentuan peraturan Menteri ini. Nah ini tadi yang selalu banyak masalah itu dianggap masalah di lapangan, pak kalau HD ini bagaimana? sudahlah nanti tunggu bagaimana 812, kalau 812 itu tidak diubah ya sudah pelayanan HD ya seperti ini ya. Konsepnya sederhana. Memang spesialis peraturan Menteri yang khusus mengatur tentang pelayanan Hemodialisis kan gitu cara membacanya, maka dari itulah ayo nanti kita sama-sama, bagaimanasih peta di lapangan. Maksudnya peta di lapangan adalah begini, bagaimana masyarakat untuk akses terhadap pelayanan HD tadi. Yang kedua juga bagaimana ketersediaan

tenaga yang ada kalau saat ini kan sebenarnya langsung dilakukan oleh spesial KGH, tapi dia dalam melakukan supervisi. Mungkin gak kalau misalnya terus akan kita lakukan seperti itu tetapi mutu dan pasien safety tetap harus dijaga. Misalnya begini. Pemerintahkan punya kepentingan, bagaimana untuk mutu layanan dan pasien safety tadi, jadi itu 2 tadi yang kita lakukan. Yang kedua, ketentuan jangka waktu untuk penyesuaian ini adalah 1 tahun khusus untuk tenaga tetap itu kita berikan 4 tahun, karena apa? memang tidak mudah, kami punya peta juga pak, bahwa banyak rumah sakit-rumah sakit Muhammadiyah sih rasanya nggak gitu ya. Banyak rumah sakit-rumah sakit atau beginilah bahasa sederhananya, banyak pelaku usaha dibidang perumahsakititan rata-rata ketika mereka investasi tidak pernah berpikir investasi SDM. Sehingga apa yang terjadi ketika pelaku usaha itu adalah mendirikan di satu daerah tertentu, yang terjadi adalah banyak ASN yang pada bekerja di rumah sakit tadi itu. Maka, kita bisa bayangkan ndak? kalau misalnya ini adalah kita tiba-tiba pokoke gitu, itu pasti akan kesulitan, pasti akan kesulitan, maka khusus untuk ini kita berikan waktu sampai dengan 4 tahun kedepan. Kalau terkait dengan masalah ketentuan penutup, ketentuan penutup dalam 659 lalu 340 lampirannya itu 56, apalagi gitu ya? 26 juga ini kita cabu, tapi khusus untuk 26 pelayanan bidang kesehatan melalui OSS tadi itu yang kita cabut hanya yang terkait dengan masalah perizinan Rumah Sakit, baik itu mendirikan maupun operasional, itu mungkin barangkali kita sampaikan terimakasih, aassalamalukum warahmatullahi wabarakatuh.

dr. Slamet: Baik, mengingat semakin malam pertanyaan ditahan dulu ya, saya aja ngantuk semua ini. Silahkan untuk bu dr. Yut, tadi secara hukum sudah dijelaskan mungkin secara Asbabun huzutnya ini, dr. Yut ya yang akan bicara menjelaskan, silahkan.

dr. Yut: oh baik, terimakasih pak dr. Slamet, ini teman kita dipusat ya dok, terakhir saya berkunjung ke PKU Delanggu. Ada gak disini yang Delanggu? ngacung-ngacung, ya saya lihat bersih, bagus ya, ya Alhamdulillah jadi kita mendukung sekali pertumbuhan Rumah Sakit Swastanya. Hampir tiap tahunnya itu 30% bertambah, artinya kita menata sistem penunjukkan, harus menata lebih baik untuk kedepan, baik. Baik kita mau mereviu Permenkes ini kita memang melihat data-data dari organisasi profesi, ya artinya undang-undang pun kita telaah secara seksama dan ini proses yang gak cuma setahun, kami melakukan revisi ini prosesnya 4 tahun dan paling enggak sebelum mengeluarkan juga bermotif sebelum mengeluarkan juga itu sangat hati-hati sekali dilihat pasal-pasal ya. Baik beberapa yang kami harapkan sistem rujukan itu membutuhkan kepastian, artinya masyarakat juga butuh kepastian, apa sih yang bisa dilakukan pelayanannya terhadap rumah sakit bapa ibu semua ya. Dampak BPJS kesehatan ke kami resmi tiga kali dalam setahun kemarin itu menyampaikan 100 dari dari 2800, hanya 14% yang sesuai

standar, sesuai dengan Permenkes 56 ya dan kelas A kami juga dianggap hampir 70% itu tidak sesuai kelasnya, untuk vertikal kami. Oleh karena itu beberapa keluhan juga dimasyarakat terjadi ya, beberapa pelayanan kesehatan hemodialisa kemudian pelayanan di Rumah Sakit yang tidak menggambarkan sesuai dengan kompetensinya. Nah kami harapkan undang-undang rumah sakit juga menetapkan, dan di undang-undang rumah sakit juga menetapkan bahwa subspecialis di rumah sakit kelas A. Ini bu direktur kami dari Ambon melihat rumah sakit vertikal kita, silahkan dok. Kita lanjutin dulu ya dok, kemudian undang-undang rumah sakit juga mengharapkan bahwa SDM subspecialis itu berada ditempatnya, artinya spesialis itu kelas A, kelas B dan rumah sakit khusus sesuai dengan undang-undang, tapi kami berikan excuse di rumah sakit ibu dan anak kelas C, kami menetapkan di situ pelayanannya, pelayanan yang subspecialisnya plus minus, ini kami juga ditentang oleh oleh Kemenkumham, kok kenapa Kemenkes menetapkan pelayanan khusus rumah sakit kelas C ibu dan anak yang seharusnya kelas A, kelas B, kelas C itu adalah pelayanan subspecialis. Jadi strata pelayanan kesehatan rumah sakit khusus juga masuk di kelas A dan kelas B tersier. Kemudian ada Perpres 72 nah itu kan dari penetapan klasifikasi Rumah Sakit Permenkes 30, bapak ibu semua mewajibkan tolong install dari sistrute, sudah ada belum di sini? Ya, karena sistrute ini akan menjadi pilihan yang rujuk merujuk, ataupun rujuk baliknya di aplikasi tersebut, dan sudah berbasis kompetensi. Hari ini kami integrasi sistrute dengan Rujol, sudah berlangsung di pusat, 1 November akan launching sehingga kalau bapak ibu ngak instal sistrute di rumah sakitnya enggak dapat pasien ya seperti itu. Nah ini distribusi SDM kami sampaikan, ini yang sebenar-benarnya data kemarin reviu kelas. Ini cara bacanya kotak yang biru ini adalah rumah sakit yang orange ini adalah dokter, ini pak Slamet Bergeraknya cepat sekali, hafal semua ini regulasi yang ada, jadi nggak salah menunjuk jadi ketua ya, jadi ada masih ada 6 rumah sakit yang kurang dokternya sebanyak 15 dokter untuk spesialis mata. Tadi pertanyaan yang dari belakang, kenapa sih batas maksimal itu ditetapkan? Ya karna ini, distribusinya dokter belum merata. Di kelas D aja masih banyak spesialis mata di sini, saya ke Delanggu ada Fetomaternal ya disana ya dok ya. Punya Sardjito kami dok ya. Hemodialisa ada berapa dok? 15 tempat tidur ya, jadi seperti itu, sedangkan di kelas A, kelas B itu masih butuh, masih kurang dokter spesialisnya, padahal masyarakat butuh kepastian untuk merujuk pasien yang memang kasusnya membutuhkan subspecialistik harusnya selesai di kelas A kelas B, ini variasinya lebar banget di Indonesia ini, entar kita lihat lagi ya. Jadi dokter-dokter di sini yang kami tulis di sini ini masih banyak, di ke kanan ya kita potong sampai dokter rehab medik, mikrobiologi klinik, jadi kelas A ini masih kurangnya banyak sekali dokter-dokter, bahkan dokter-dokter medik lain itu yang masih banyak yang kurang ini dokter jantung aja dari 4 rumah sakit masih kurang 8 dokter jantung di kelas A. Padahal baru

selesai di kelas A, seperti itu. Nah ini kelas B. bayangkan ni, masih banyak 4 dasar yang masih belum mencukupi rumah sakitnya, kemarin bapak ibu semua tertolong dengan standar minimalnya 75% kalau 90% aja dari 100% habis semua, data BPJS itu hanya 14% yang lulus, ya itu udah kami turunkan lagi, dan ini juga manajer kami bu direktur kami yang 30 ini masih mau diturunkan, kalau saya bilang bu ini standarnya udah minimal, mau diturunkin lagi kami disuruh exercise dengan PKM UGM untuk menetapkan lagi dari standar minimal dilampiran yang bapak ibu lihat tadi. Saya lapor sama bu direktur kelas A, Rumah Sakit Tarakan bapak ibu tau di Jakarta itu dengan standar minimal dari Permenkes No 30 berapa lulusnya coba? Baru 99.5% dia lulus, artinya ini udah minimal sekali, boleh dicek ya, kita udah exercise ya jadi ini minimal sekali, ya mudah-mudahan dengan regulasi ini kita mengharapkan memang pembinaan pengawasan dari pelaku-pelaku rumah sakit jadi jangan cuma sekedar investasi infrastruktur, investasi SDM misalkan, nah ini contoh ya penyakit dalam ini cara bacanya, Rumah Sakit kelas B itu sekitar 425, dari 425 Rumah Sakit ada 154 rumah sakit yang kebutuhan dokternya kalau dilihat jumlah dokternya 280 berarti satu rumah sakit bisa kurangnya berapa? 22, padahal harus selesai di situ di kelas D kita membangun pusat rujukan ada 144 rumah sakit pusat rujukan se-indonesia yang dananya itu hampir 2,7 triliun kita gelontorkan pertahunnya, dalam waktu per tahun bayangkan, ya jadi padahal dokternya tidak ada ya, apalagi bedah, apa lagi kalau ngomongin obsgin. Nah sedangkan di kelas C gemuk sekali pilihannya lengkap, paket lengkap dengan harga murah, BPJS mau bayar nggak? mau, senang dan ini jadi fenomenanya ini ditangkap oleh pendidikan kedokteran nanti akan diproduksi dokternya lebih banyak lagi, lah ini cara bacanya begitu. Tadi nanya spesialis paru ya? kenapa ada angka tinggi-tinggi, nggak boleh di rumah sakit kelas B, sekarang saya nanya deh bapak ibu di rumah sakit bapak ibu itu tenaga tetap atau bukan sekarang, bener? boleh 4 tahun ya pakai pasal itu, jadi masih ada nih waktu 4 tahun menghire tenaga tetap ya, tu liat tu bu direktur, pak karut baik banget, bu Menteri baik sekali, boleh 4 tahun lagi, tadi setelah 4 tahun tenaga tetap, jadi hire dokternya dikasih uang duduk yang tinggi untuk memenuhi standar minimal, kalau mau gemuk pilih naik kelas, mau hemodialisa pilih naik kelas, kecuali pasal-pasal tertentu keterbatasan akses boleh dilakukan di C, B. Karena memang kan konsepnya itu batasnya seperti konsep dari rumah sakit kelas B. Ya ini ya spesialis paru kenapa kita tidak boleh di kelas B, lihat kelas B aja masih banyak dari 425 rumah sakit itu 263-nya masih membutuhkan dokter spesialis paru, belum lagi sub ya. Ini kalau cara baca ini berarti 1 Rumah Sakit kurang 1 dokter artinya di kelas C masih ada 154 Rumah Sakit kurang spesialis penyakit dalam-nya 154 dokter, belum kita tambahkan yang B dan A. Kalau bapak ibu, percaya saya penuh SDM-nya karena kalau swasta biasanya fee-nya lebih besar dibanding RSUD, betul kan berani bayar. Ketika

mau mengerjakan testimonial ini yang repot kita, ya, seperti itu, nah ini dokter spesialis rumah sakit kelas C kenapa juga tidak boleh ada? Contoh, spesialis granologi lagi heboh juga ni ke kami, hari ini juga berkat mereka jadi tentang dokter spesialis bedah mulut ya, kenapa sih di kelas C minus di kelas A dan kelas B plus minus, plus minus, jadi saya tempatnya di mana katanya? jadi bapak ibu semua, tolong juga nanti Dinas Kesehatan akan visitasi kami harapkan nanti akan ada sosialisasi Dinas Kesehatan, artinya bapak ibu kalau mau butuh dokter-nya lebih banyak, memang utilitasnya banyak.

dr. Slamet: ada yang bertanya?

Peserta: pesan baik dari psikolog, terimakasih. Pada ibu ya, mohon maaf ini saya potong lagi ini.

dr. Slamet: tadi bapak gak bertanya, sekarang bertanya, berarti energinya dikumpulkan ya?

Peserta: tadi ambil napas dulu, permasalahan yang ibu sampaikan, ini mohon maaf, ini ada perbedaan, ada distorsi berpikir menurut saya, jadi antara ketersediaan dokter, dengan kebolehan dokter, artinya dokter dirumah sakit saat ini mungkin belum bisa ditaruh didaerah karna dokternya kurang, maka saya taruh dikota, akan berbeda pada saat aturan yang muncul itu bahwa dokter spesialis paru tidak boleh dirumah sakit tipe D buk, kalau permasalahan yang pertama itu bukan rumah sakitnya yang kehilangan, tapi pendidikan spesialisnya yang dilonggar supaya produknya banyak. Jadi produk dokternya yang dibanyakan, tetapi kalau yang tadi yang kedua itu mutlak mau dokternya nanti dokter spesialis paru jumlahnya lebih dari angka yang ibu mau tetap saja tidak boleh di rumah sakit tipe D, ini permasalahan ibu, jadi saya tetap bersikukuh bahwa, iya jadi tidak di endak soalnya tadi tidak, dijadikann alasan seakan-akan, oh bayangkan pak ditanyakan ke saya. Ini saya jawab ini iya kan?

dr. Hesti: iya terimakasih pak, tadi dari mana? PKU eh iya. Saya sebetulnya saya kita masih sedikit terlambat, namun saya tetap berencana masuk langsung nih dari Ambon mendarat ke Jakarta naik lagi langsung. Terimakasih, Assalamualaikum warahmatullah wabarakatuh, enggak usah diketawain ya, belum mandi nih sampai sekarang, oh sama ya? jadi konsepnya kenapa waktu itu pertama kali, dulu kita merubah Permenkes 56 yang terus terang Permenkes 56 ini kalau kita teliti lebih lanjut adalah tidak sesuai dengan kondisi saat ini. Itu daftar orang-orang itu sebenarnya enggak ada, tapi di ada-adain, itu satu. Kenapa? coba lihat lampiran, emang ada subspecialis mata, emang ada subspecialis THT, subspecialis saraf, coba itu diperhatikan kembali di Permenkes 56, ada enggak orangnya saya tanya? tapi dipakai kan? Nah, iya kan, dipakai kan. Padahal orangnya enggak ada, tapi di ada-adain, nah itu kenapa kita berjuang semua sebenarnya kita wajah sendiri lo, bukan kami tiga belas sendiri lo, bukan pak Sundoyo sendiri lo, tapi kami

mengajak teman-teman organisasi profesi, ini pak Slamet ini tiap hari berantem sama saya, enggak apa-apa tapi demi kebaikan, gitu. Berantem bagaimana supaya Permenkes itu bisa keluar sesuai dengan kondisi yang ada dilapangan, gitu. Bukan kita yang kondisi yang dilapangan yang tidak begitu tetapi kita akan, itu satu. Kedua, karna tidak sesuai oh ini tidak ada kita yuk coba lihat lagi kembali ke undang-undang. Karna kita sudah ada undang-undang praktek kedokteran, sudah ada undang-undang Rumah Sakit, sudah ada undang-undang pendidikan kedokteran itu semua terkait teman-teman spesialis yang bekerja di Rumah Sakit semua, dan yang bekerja di klinik, yang bekerja di apa ya, klinik utama dan sebagainya. Nah kita lihat, kita sama-sama mengkaji, menganalisis, yah memang yang sekarang kondisinya itu enggak sesuai, hanya kebetulan ini suka dikaitkan, oh karna BPJS bangkrut sehingga dikeluarkan Permenkes ini, tidak, terus terang ini kami menelaah hampir 2,5 tahun lebih. Jadi, maaf sebelum BPJS bangkrut sebetulnya, karna saya melihat itu tadi bahwa Permenkes yang dulu yang 56 ini betul-betul oh gak ada orangnya kok dipasangkan, sampai saya kalo bercanda sama teman-teman baik IDI, dengan teman-teman organisasi profesi, saya bilang ini saya isinya demit ini, loh gak ada kok di ada-adakan, emang ada subspecialis mata? Ini ada teman saya mantan dirut dirjen ini.

Yang menghasilkan dokter dokter mata dalam yang dalam tanda kutip vero, ada nggak nama subspecialis mata, enggak ada, itu permasalahannya. Jadi selama ini kita memakai sesuatu yang jalannya juga jadi enggak benar gitu, Nah inilah kita berusaha kemudian apalagi yang kami lakukan? yang kami lakukan meminta data ke teman-teman sebagai humas kedokteran, yang kenal kenal diajakin, yang OP organisasi produksi ketua-ketuanya kita undang itu kita tahu jumlah anda berapa selama ini lulusan di Indonesia, ada yang tahu persis ada yang tidak persis nah kami catat sebagai sumber, ketemulah jumlah-jumlah itu, nah jumlah jumlah itulah sebagai data rumah sakit sudah mau enggak mau di undang-undang ada batas, saya pribadi nggak ada undang-undang itu saya senang satu kelas aja gitu, tapi kan enggak bisa undang-undang berbunyi 4 kelas, dan level-level itu harus sesuai dengan level kompetensinya, nah bagi kelas A jangan merujuk lagi karena enggak ada SDM gitu, itu yang saya pikirkan, kami itu berpikir semua, saya juga terkadang berantem dengan pak ini pak Sundoyo, waktunya enggak pas, kadang-kadang bu nggak bisa begini, saya berantem juga dengan pak selamat dan sebagainya, ini enggak bisa begini, ayo kita lihat lagi, ini enggak bisa begini begini begini, tapi berdasarkan data, jadi kita tidak asal membuat regulasi. Kita kumpulkan semua, oh dokter spesialis paru kemudian ditambah dengan yang katanya dokter penyakit dalam subspecialis paru, itu kita gabung itu, cukup enggak? ternyata ini kader-kader semua, apa yang terjadi? pertumbuhan Rumah Sakit itu luar biasa, saya itu dulu maaf ya BPJS kondisi keuangannya seperti ini saya punya data kami punya RS online karna mereka

itu selalu mendaftar di RS online itu 10 perbulan, luar biasa. ini saya katakan, ini seratus perbulan ini tenaganya darimana wong lulusannya itu-itu aja kok. Saya bukannya tidak berusaha pak, kami mendesak center-center pendidikan untuk segera meluluskan, memproduksi, tapi apa yang terjadi? gak ada, gimana. Bahkan ya maaf-maaf aja yang banyak Universitas besar yang menghasilkan Fakultas Kedokteran yang menghasilkan Rumah Sakit yang dua buah turun, akrdetiasi Lampetekesnya padahal sekarang Lampetekes penting sekali untuk kualitas jurusan, kita jangan bicara dulu ya dokter umum, kita bicara dokter spesialis aja itu BPJS itu Lampetekes itu bener-bener menerapkan standar. Apa tang terjadi? obatnya turun, alat rusak gak beli, tenaganya dosennya kemana-mana, itu tadi dosen luar biasa diluar juga biasa, ini kemudian, ini tidak bisa kita pungkiri pak. Nah sekarang kita kembalikan bagaimana kita menata masa depan kita semua, kita bakal tua lo ini, nanti kalau kira dirawat oleh dokter yang dalam tanda kutip, masa iya sih kita gak mau dokter yang berkualitas, itu yang saya pikirkan sehingga kita berupaya semua, teman-teman organisasi profesi kami maraton bayangin berapa tahun kami membuat konsep ini, tidak mudah. Ya, cuma kami sudah tau akhirnya kami kembalikan ke undang-undang, direhab, nah disitu apa yang terjadi? saling tumpang tindih lagi, karna apa? tidak ada batas maksimal, kompetensinya levelnya enggak jelas, apa yang terjadi? sistem rujukannya enggak bener, begitu BPJS membuat habis, ribut lagi. Lah ini salahnya kita kok bukan BPJSnya, kenapa? ya dia mau bayar murah, disitu ada subspecialis di kelas D, buka selebar-lebarnya di kelas D ada subspecialis, sudah, rujukannya dia dikunci saja dikelas D aja bisa kok, ngapain saya mesti ke kelas A, kelas A kelas B kosong. Saya pernah lihat di kelas B umum duduk beberapa orang pasien, lah ini Rumah Sakit Pendidikan kayak begini, nanti mahasiswanya partus selampang pandang, apa? partus pandangan saja, pakek video. Enggak bisa dia praktek, enggak ada pasien, nah ini enggak pernah dipikirkan. Mohon maaf ini enggak pernah dipikirkan saya cerita dengan pak Slamet tadi, PKU Muhammadiyah sudah banyak yang jadi Rumah Sakit Pendidikan saya beri penetapan klasifikasi pendidikan, kalau sampe kelas B dia enggak punya pasien bagaimana mendidik mahasiswanya? itu yang kami pikirkan, jadi kenapa kita menciptakan latar belakang ini supaya pemerataan SDM, SDM-nya berkualitas, sesuai kompetensi yang ada dikelas yang betul-betul sesuai. Sesuai peraturan perundang-undangan Rumah Sakit, itu yang kami mau, itu yang teman-teman memahami organisasi profesi yang mau, karna ya itu kita sudah menyadari kondisinya itu kapan lagi enggak kita atur gitu. Inilah saatnya kita atur sama-sama, saya paham pastilah ada riyak-riyak itu pasti ada, tapi begitu sudah tertata habis ini 001 yang untuk rujukan akan keluar, sehingga kita sudah tau jenjangnya. Oh begitu dari FKTP algoritmenya ini harus ke kelas B, buka kelas B rumah sakit mana saja yang terdekat oleh pasien itu, karna

spesialisnya ada disitu, alatnya ada disitu, itu maksudnya. Oh ini CA dengan stadium hampir 4 ya, 3C lah 3B, kemudian dibuka kelas A yang ada komplit tim onkolognya, jadi enggak perlu lagi ke kelas D. Oh disitu hanya maaf satu orang ahli apa gitu, oh saya enggak bisa lagi ini harus naik lagi, lah pasiennya disuruh window shopping, akhirnya apa? pembiayaan lagi. Saya kira itu pak, jadi kita mesti tau filosofinya dulu, supaya teman-teman memahami, memang tidak gampang memahami dari Permenkes ini, tapi kita pelan-pelan dan satu hal pak yang tadi bertanya, kelas A itu tidak dibatasi kenapa? karna kita harus kelas A ini memang benar-benar optimal, level kompetensinya optimal, jangan sampai kelas A itu merujuk lagi karna tidak ada SDM, nah itu ya.

dr. Slamet: Baik, pertanyaannya banyak sekali, jadi memang filosofinya bagus sekali pemerataan ya bu ya, yang kedua adalah mengisi Rumah Sakit tipe A dan B, mengenai rujukan mungkin saya luruskan bu Hesti bahwa teman-teman BPJS pernah menyampaikan ke kita. dr. Slamet kalau ini single tarif selesai kok kami enggak akan menguji-nguji, jadi permasalahannya adalah di tarif. Oke kita buka pertanyaan, 1,2,3,4,5,6,7,8,9. Tenang saja karna bu Hesti inisampe besok, jadi semua ditampung, saya kenal bu Hesti ini 10 tahun lalu kita ke Australi bareng-bareng ya bu ya, kita belajar disana, mengurus di wilayah DKI juga lo, silahkan.

dr. Agus: Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh, saya Agus pribadi dari RSUD Aisyiyah Harjo, penjelasan ibu menarik tapi kalau pada prakteknya sekarang dokter spesialis itu masih punya 3 SIP bu, itu kan boros jadi artinya banyak dokter spesialis yang kelebihan SIP, dan mereka kan ingin memanfaatkan SIP itu semaksimal mungkin. Jadi kalau aturan SIP masih seperti ini kan nggak sinkron bu, terimakasih.

dr. Slamet: Terus berikutnya dikumpulin aja.

dr. Hifzi: terimakasih, assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh. Saya Hifzi dari rumah sakit Wonosobo, tadi masih nyambung tentang dokter itu punya 3 STR ini ada pertanyaan dari dokter kami, di Kabupaten kami di Wonosobo itu Rumah Sakitnya semuanya masih tipe C seandainya mau menaikkan diri menjadi tipe B permasalahannya adalah di subspecialis dimana nanti kalau ada 3 STR kita punya subspecialis 1, Apakah dia juga bisa praktek di Rumah Sakit lain yang bukan tipe B, pertanyaannya itu 1. Yang kedua, di mana kita di tipe B dokter spesialis dasarnya itu punya masing-masing 4, jadi 16. Sedangkan kalau merujuk dengan sistem rujukan tadi maka kompetensi dokter spesialis penyakit dalam itu di tipe D dan C bisa teratasi, apa fungsi spesialis dasar yang tadi banyak sekali, apakah itu juga maksudnya yang sudah tertahan di Rumah Sakit tipe D dan C, yang ada di tipe B bagaimana dok dokter spesialis yang 16 tadi? Terus kemudian tentang perizinan, kita kan dapat waktu penyesuaian 1 tahun untuk menyesuaikan sedangkan perizinan kita habis di awal tahun ini sehingga kita harus mengajukan izin untuk izin lagi sesuai tipe yang sesuai Permenkes yang 30

ini atau kita mengajukannya karna kita memiliki sekarang tipe C memiliki spesialis lebih dari 7 kita harus mengajukan izinnya apakah harus maksimal 7 ini karna dikabupaten kita tidak ada B-nya, maksimal 7 jadi kita kan diperbolehkan. Mungkin begitu terimakasih assalamualaiikum warahmatullahi wabarakatuh.

dr. Slamet: Terus, pak Fauzan dulu.

dr. Fauzan: Terimakasih, malam dr. Hesti. Apakah dengan sistem yang sekarang rujukan berjenjang masih berjalan tidak? itu yang pertama. Yang kedua ini pertanyaannya agak rada aneh sedikit, apa bu hesti setuju juga dengan rencana single tarif itu saja. Saya bertanya artinya bu Hesti setuju tidak, kalau tidak setuju barangkali tentu sebagai sesuatu sama-sama di Kemkes akan berusaha tidak setuju.

dr. Slamet: Ayo yang lainnya. Dari Rumah Sakit mana?

Peserta: Kami dari klinik utama Aisyah PKU Jepara, kami waktu itu mau naik ke Rumah sakit tipe jadi seminggu sebelum PMK keluar kami mengajukan surat kepada DKK untuk visitasinya seharusnya hari ini tapi mundur menjadi tanggal 22 oktober, kemudian beberapa hari lalu kami diberikan informasi dari Dinas Provinsi Kesehatan bahwa PMK yang diambil adalah PMK 30 begitu, tadi sudah mendapatkan penjelasan bahwa kalau sedang proses perizinan maka menggunakan PMK 56 begitu. Nah dan kami kira-kira pembuktian apa yang bisa kami bawa kepada Dinas Kesehatan Provinsi sehingga kami punya kepastian untuk mempersiapkan visitasi begitu bapak. Kemudian yang kedua adalah mengenai definisi dokter tetap, nah definisi dokter tetap kami medapatkan informasi dari Dinas Kesehatan Provnsi bahwa dokter tetap adalah dokter yang ber-SIP 1, yang SIP pertama. Nah itu bagaimana? Apakah benar seperti itu, dan berdasarkan peraturan apa?

Dr. Slamet: Sudah? Adalagi?

Peserta: Baik saya dari Rumah Sakit Fastabiq PKU Muhammadiyah Pati, tadi sudah dipaparkan seperti detil dari mulai konsep dll. Namun kalau boleh saya menanyakan sebenarnya ini, sebagai contoh saya membuat analogi ini sebenarnya kalau sebuah pertanyaan ayam atau telur dulu kan gitu kan ya? tentunya ini pasti tidak bisa menjawab u pertanyaan yang memang itu bisa pada hal yang nanti bisa memuaskan bagi semua pihak seperti itu, karna bisa juga ketika saya bilang ayamnya dulu yang lain pasti protes telurnya dulu. Sehingga tadi kalau emang saya lihat ini sebenarnya kita seperti diarahkan gitu ya, diarahkan bahwa konsep ini sebenarnya hanya untuk pemerataan. Padahal kalau kita mencoba untuk membayangkan dampak dari PMK 30 ini apasih dampaknya bagi rumah sakit yang selama ini itu boleh dikatakan sudah gemuk umpamanya gitu ya baik tipe D maupun tipe C, kemudian PMK 30 dijalankan nah kalau dibayangkan luar biasa walau kemungkinan pasti ada yang belum makan. Yang belum makan bukan sebatas dokter, tapi ada juga yang paramedis semuanya, itu yang pertama. Kemudian yang kedua, jika kita

melihat dari PMK 30 sebenarnya ketika kita tidak dengan kondisi yang saat ini ketika Rumah Sakit tersebut tipe D maupun tipe C bisa melayani yang mungkin subspecialis seperti itu, sebenarnya itu bisa membantu BPJS untuk apa? menurunkan tarif, daripada itu bisa dilakukan di tipe yang lebih atas, sehingga itu tadi pasti akan lebih mahal. Sehingga memang kembali lagi sebenarnya kita mau diarahkan kemana ini untuk proses pemahamannya? Saya pikir itu, terimakasih.

dr. Slamet: Baik bu dokter silahkan

Peserta: Terimakasih, Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh dokter hesti saya dari Rumah Sakit Roemani, Rumah Sakit Roemani adalah Rumah Sakit tipe kelas C dan jumlah SDM subspecialis dan pelayanan spesialis lainnya juga banyak dan kebetulan di bulan Februari akan habis izin operasionalnya kalau ini mau naik jadi kalau apa? Kalau dipecah semua, kalau kita naik ke kelas B ini apakah ada kesempatan waktu untuk apa? Masih seperti atukah harus dokter tetap, terimakasih Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

dr. Slamet: Dokter tetap, kemudian transisi untuk naik kelas ya? Oke, yo lanjut.

Peserta: Dari PKU bantul bu, kami juga Rumah Sakit tipe C gemuk sekarang sedang bingung mau tipe C tetep atau mau tipe B. Kalau tipe B yang kami pecat banyak bu, dokter sepesialisnya sekitar 12 orang belum tenaga lain apotekernya juga nanti harus kita pecat bu, nah yang kami tanyakan access dibalik pemberlakuan Permenkes ini bu. Kalau misalnya satu single tarif oke, BPJS tidak memakai berjenjang itu akan beres kita akan jadi tipe B dengan nyaman. Kemudian yang ketiga masalahnya adalah yang kita pecat itu nantinya bagaimana bu? Apakah kami nanti ditanggung kerugiannya? Misalnya kami usul ada pasal Adendum bahwa semua access negatif akibat pemberlakuan Permenkes ini akan ditanggung oleh BPJS, karna pesangonnya banyak e buk, pesangonnya banyak sekali itu kalau harus kami keluarkan karna kami harus memecat dokter-dokter itu, itu aja dulu bu yah.

dr. Slamet: Dijawab dulu satu-satu ya. Nanti pak Sundoyo sama bu Hesti akan menjawab mungkin pertama pak Sundoyo dulu yang menjawab karna banyak yang tanya, silahkan pak.

dr. Sundoyo: Yang ditanyain tadi tentang teknis ke bu Hesti, saya yang pertama dari Jepara yang Klinik Utama akan masuk ke Rumah Sakit, kalau dilihat dari ketentuan peralihan pasal 60 tadi sudah cukup jelas bahwa ketika izin itu sudah diproses sebelum Peraturan Menteri ini digunakan maka dia akan tetap berlanjut pada peraturan yang sebelumnya, saya ingin satulah kebetulan kemaren saya juga inspeksi pertimbangan hukum oleh pimpinan terkait dengan pengajuan radioterapi dari Gombong, begitu keluar Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 bagaimana ini proses pengajuan kan, kan sama kurang lebih seperti itu, kemaren saya beri pertimbangan hukum ke pimpinan

adalah ini masih bisa diproses pak, karna apa dia sesuai dengan ketentuan yang lama dimana itu ada di Peraturan Menteri Kesehatan no 82 gitu, sehingga kemaren begitu sudah dinyatakan oke, aman dari sisi hukum yasudah itu berlanjut gitu. Artinya itu akan tetap diberikan izin untuk pelayanan radioterapi, nah berbekal dari pengalaman tadi itu, sebenarnya sudah pengalaman ya aturannya itu dalam pasal 60 tadi, maka mestinya Dinas Kesehatan yang akan memberikan e apa namanya izin tadi itu mereka harus mengacunya masih tetap pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 56 dan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 26 tentang izin yang melalui proses tadi. Yang kedua, terkait dengan masalah dokter tetap, dokter tetap itu tadi harus segera kita buat saja apakah itu berbentuk surat edaran atau masuk kedalam petunjuk teknis yang juga saat ini sedang digodong, untuk meperjelas, mempertegas, bagaimana peraturan-peraturan atau norma-norma didalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 ini. Didalam undang-undang Rumah Sakit sebenarnya pegawai tetap itu sudah ada, didalam undang-undang eh sorry didalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 juga dinyatakan disana, pegawai tetap adalah pegawai yang purnawaktu. Sebenarnya azas umum yang kita gunakan adalah begini, pegawai tetap itu kalau didalam undang-undang nomor 13 2003 tentang apa namanya? Tentang ketenaga kerjaan itu mereka bekerja 1 hari dalam 7 jam atau dalam 1 minggu itu 40 jam kan gitu, itu sebenarnya yang kita yang, yang ada dalam benak kita pada saat menormakan itu gitu, yang kedua adalah dia harus diangkat melalui putusan pimpinan Rumah Sakit atau Direksilah yang punya kewenangan untuk melakukan ketetapan itu, itu sebenarnya yang kita, kita, bukan SIP yang pertama, bukan gitu, apa hubungannya SIP yang pertama dengan pegawai tetap? Enggak ada hubungannya gitu, tetapi bagaimana mereka bekerja 1 hari 7 jam itu disebut sebagai pegawai tetap. Pertanyaan berikutnya adalah seperti ini, pak Sundoyo e berdasarkan Undang-undang praktek kedokteran dokter itu bisa praktek lo 2 tempat 3 tempat, boleh enggak kalau 4 jam itu dipagi hari lalu 3 jam itu sore? Boleh, enggak ada masalah juga. Hitungannya kan 1 hari itu 7 jam tadi, atau 1 minggu 40 jam, karna apa? Dengan sistem rujukan online yang oleh BPJS kan disitu harus menyantumkan kapan jam prakteknya, ada terkontrol juga disitu, jadi enggak ada hubungannya oh ini SIP pertama enggak, mestinya maknanya untuk memperkuat tadi itu adalah pegawai atau dokter tadi itu harus ditetapkan oleh keputusan Direksi bahwa ini sebagai pegawai kita.

dr. Slamet: E pak sundoyo yang terkait dokter tetaplah, kalau pakai dokter tetap selesai. Dokter tetap ini ada dokter spesialis yang mau berpraktek purna waktu tetapi tidak mau jadi pegawai tetap itu bagaimana? Itu satu. Yang kedua, PMK 30 tidak mengatur yang dimaksud purna waktu apakah 3 jam, 6 jam, 7 jam, 8 jam. Rumah sakit Muhammadiyah menginginkan kalau bisa purna waktu itu adalah 3 jam, jadi monggo bagaimana ini pak?

dr. Sundoyo: Ya, tadi sudah saya sampaikan kalo terkait masalah purna waktu itu kita akan tunduk pada undang-undang ketenaga kerjaan gitu ya, ada tu disana, artinya apa? 1 hari 7 jam atau 1 minggu 40 jam tadi. Yang kedua, dia tidak mau e untuk menjadi pegawai tetap kita kasih waktu 4 tahun kedepan, artinya apa? Kalau dia tidak mau ada kesempatan juga untuk menyekolahkan misalnya untuk mencari yang lain sampai 4 tahun kedepan. Didalam Peraturan Peralihan itu kan dikasih batas waktu 4 tahun berbeda dengan penyesuaian secara umum 1 tahun, khusus untuk pegawai tetap itu kita beri waktu sampai dengan 4 tahun. Pertimbangannya jelas tadi, kalau gitu saya sekolahkan o kalau gitu saya cari, itu kita beri batas waktu 4 tahun.

dr. Slamet: Bisa enggak, memungkinkan nanti di Jurdis itu memberikan definisi tidak 7 jam pak, karna dokter kan memang tidak dibawah undang-undang tenaga kerja, mereka profesi. Kalau pegawai selesailah kalau pegawai, bagi dokter bisa enggak me, memungkinkan ndak? Karna ini teman-teman Muhammadiyah kan antusiasnya kepingin naik kelas dan lain-lain tetapi terbentur oleh sebagai dokter tetap tadi.

dr. Sundoyo: Iya begini, kalau kita membuat sebuah aturan itu kan ada beberapa prinsip-prinsip yang harus kita pegang, yang pertama bagaimana harmonisasi terhadap peraturan yang ada dengan peraturan yang lain. Yang kedua, kedua tu itu sebenarnya mudah juga untuk menguji ini sebenarnya ini bagus atau tidak sih, itu sebenarnya peraturan itu adalah logic gak sih gitu, ketika peraturan itu adalah ndak logic sebenarnya peraturan itu tidak juga bener itu yang kata sederhananya untuk menguji dari pandangan atau hal yang umum tadi. Tetapi untuk yang khusus adalah kita tetap dalam satu kesatuan negara hukum gitu maka tidak boleh mestinya satu peraturanpun yang bertabrakan dengan yang lain kalau didalam undang-undang ketenaga kerjaan itu adalah mengatur 7 jam 1 hari atau 40 jam dalam seminggu itu yang dimaksud sebagai tenaga purna waktu maka itu yang harus kita ikuti, kalau saya sih gitu. Persoalan dipagi hari 3 jam, terus nanti jam sampai jam 9 misalnya di Rumah Sakit yang tetap tadi lalu yang jam 10 jam 12 di Rumah Sakit lain jam 1 jam 3 begitu jam 5 sampe jam 9 terus kembali lagi kesitu kan jadi persoalan juga. Karna memang apa, didalam Undang-undang praktek kedokteran boleh 3 tempat praktek tadi, tapi bagaimana 7 jam dalam sehari itu terpenuhi.

dr. Slamet: Betul, pak Sun kalau kita mengacu undang-undang ketenaga kerjaan 7 jam ini dokter-dokter anastesi, dokter obsgin itu mungkin tidak 7 jam lagi pak bisa 12 sampai 28 jam gitu, a itu kan fleksibilitas yang tidak mengacu undang-undang tenaga kerja, tapi insyaAllah maksudnya atau keinginannya sudah masuk ke pak Sundoyo. Lainnya pak, sudah ya?

Peserta: Pak Sun ini kan yang dimaksud 7 jam kerja dalam 1 hari atau 1 minggu 40 jam (suara hilang)

dr. Slamet: Iya, saya paham. Jadi apakah yang 7 jam atukah yang 40 jam seminggu? karna dokter anastesi bisa saja malam saja pak dituntung dalam 1 minggu dia mungkin 50 jam lah katakan atau 40 jam itu bagaimana?

dr. Ibnu: Bisa enggak dokter anastesi yang bekerja dalam sehari 14 jam diakui sebagai full timer di lebih dari 1 tempat?

dr. Slamet: Iya betul, betul gitu pak.

dr. Sundoyo: Saya e mau lihat dulu didalam regulasi di bidang tenaga kerjaan pak, kata yang digunakan ini dan, atau, dan atau, ketika dia adalah atau maka itu pilihan yang penting 1 minggu 40 jam tidak harus itu, tapi ketika dia disitu dia kata-katanya adalah dan atau, oh 7 jam dan, kalau dan maka dia harus 1 hari 7 jam pak.

dr. Ibnu: Kalau seseorang itu bisa lebih 14 jam artinya dia bisa diakui sebagai fulltimer lebih dari satu tempat.

dr. Sundoyo: Kalau di dalam Undang-undang tenaga kerjaan, dia itu kalau tidak salah adalah atau paling sedikit ya 40 ya? Bisa dibacain gak.

dr. Slamet: Itu batas maksimal berarti, tapi ada ayat berikut, baca ayat berikutnya itu berisi ada hal-hal ada tenaga kerja tertentu di penjelasannya diluar kesehatan. Ada di penjelasan coba dibaca, karna kita bolak-balik di tuntutan serikat pekerja jadi hafal ni. Ada ketentuan itu makanya IDI membuat batas maksimal itu kan 12 jam karna mengacu pada ayat itu bahwa ketentuan 8 jam itu tidak berlaku bagi tenaga kerja tertentu salah satunya adalah kesehatan.

Peserta: Yang dimaksud dengan pekerjaan tertentu dalam ayat ini misalnya pekerjaan pengeboran minyak lepas pantai, supir angkutan jarak jauh, perbanggaan jarak jauh, pekerjaan di kapal laut atau penerbangan.

dr. Slamet: Ada ayat yang Peraturan Menteri Tenaga Kerjanya, diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Tenaga Kerja ada kan? Ayat berikutnya ada? nah disitu masuk kesehatan, yasudah silahkan.

dr. Hesti: Oke saya tambahkan ya, sebetulnya keliatan kok itu pegawai tetap apa enggak, 1 dia itu ada SK Direktur, yang ke-2 dia mendapatkan gaji pokok, cirinya itu sebetulnya itu, gini lo itu biasanya pegawai tetap yang diambil oleh Rumah Sakit Swasta seperti itu jadi dia betul bagian organnya, yang dikatakan tetap itu sebagai organnya gitu, nah kalau kita bicara dipraktek ya kalau memang dia tiap hari kan kenapa gak dipakai SK Direktur? gitu lo, oh dia sudah full timer disitu kenapa gak dikasih SK Direktur itu tandanya nanti pas kalo kita visitasi oh memang ini pegawai tetap. Kenapa enggak pakai SK Direktur? orang dia sudah tiap hari full timer disitu.

dr. Ibnu: Mungkinkah, jadi kami ini kan dalam 1 holding. Mungkinkah seorang dokter anastesi ditempat PKU kami yang bekerja 40 jam dalam 1 minggu dan kami beri SK dan juga kami beri gaji pokok juga mendapatkan hal yang sama di Rumah Sakit Muhammadiyah lain dengan ketentuan 40

jam, 7 jam sehari dan dapat gaji pokok secara sah, maka kalau anastesi mau 7 jam berarti 21 jam.

dr. Slamet: Pak Sundoyo, mungkin nanti di Jogja diterangkan bahwa dokter tetap purna waktu dibuktikan dengan SK Direksi itu cukup harusnya.

dr. Hesti: Tapi pak mohon maaf, tapi juga jangan lupa lo ya ada RS online lo keliatan. Ini mohon maaf temen-temen kami itu tau ada RS online dokter itu praktek dimana saja, maaf kemaren yang protes-protes itu saya lihat o dia praktek aja kemalaman ni, jadi yang 1 gelap gitu. Pasti, mohon maaf ni Rumah Sakit lain berusaha akan menginput juga tenaga itu kan, nah kasi SK juga, nah kita akan tanya, itu fungsinya pengawasan bukan dari Kemenkes tapi dari Dinas Kesehatan, fungsi dari Dinas Kesehatan. Pak gini mohon maaf, sebetulnya apa sih makna kita itu sebagai pegawai tetap? Sebetulnya ini adalah juga kepentingannya bagi Rumah Sakit juga, supaya dokter itu maaf gak lari sana lari sini, coba kalau sampai 4 tempat dia lari sana lari sini, baru ini dipanggil kode blue disana, lari lagi. Nah intinya, intinya ini adalah patient safety pak, itu sih sebetulnya pasien safety. Jadi nanti kalau ada yang dirugikan dari komplek pasien kan Rumah Sakit bapak ibu juga yang dirugikan, jadi bukan karna gini bapak ngampil pegawai tapi pegawai dokter tetap sana, dokter tetap sana, dokter tetap sana gitu.

dr. Ibnu: Yang ingin sampaikan begini bu, kami ini di Muhammadiyah jadi sangat konsen dengan pemetaan sumber daya manusia hanya yang jadi problem ketika PMK ini diperlakukan seketika. Apakah kami yang karna kadang kala begini, kami menyekolahkan bareng-bareng si dokter ini 1 atau 2 atau bahkan 3 Rumah Sakit menyekolahkan berbur bareng-bareng, pada kasus ini kalau tinjauannya tadi adalah tentang undang-undang ketenaga kerjaan, kan masih sangat mungkin dia bekerja, kepemilikannya juga kepemilikan Muhammadiyah. Contoh kami di Kabupaten itu ada 4 Rumah Sakit Muhammadiyah dalam 1 Kabupatennya, kami telah menyekolahkan dokter muda katakanlah.

dr. Hesti: keempat-empatnya ini?

dr. Slamet: 2,3?

dr. Ibnu: Tidak bisa pasti kita mengikuti aturan undang-undang, ketika dikondisikan sesuai dengan tadi ya iur kita berbur, ini kan tidak akan menimbulkan problem. Toh secara kajian mereka setiap hari praktek dan bisa dipertanggung jawabkan mereka sehari praktek 7 jam.

dr. Hesti: Dimana? ditempat bapak? habis itu 7 jam ditempat lainnya?

dr. Ibnu: Seorang anastesi bu

dr. Hesti: Mohon maaf ya, 7 jam ditempat bapak? Terus 7 jam lagi di satunya? 7 jam lagi yang ketiga?

dr. Ibnu: Iya

dr. Hesti: Mati anak orang

dr. Ibnu: Ini kejadian pada kasus anastesi bu, karna dikabupaten kami seorang dokter anastesi itu hanya ada 4. Dari 16 Rumah Sakit, 4 itu 2 dimiliki oleh Muhammadiyah dan 2 dimiliki oleh Instansi negeri.

dr. Hesti: Justru inilah tadi kenapa? Karna kami tau pak dokter anastesi ini sangat kurang, itu kembali lagi kenapa kelas C itu tidak kita positifkan untuk anastesi, untuk kebidanan, untuk bedah. Nah inilah yang terjadi, karna anastesi itu jumlahnya kurang, sangat kurang. Dia lari sana lari sini, begitu mau intubasi dia tidak nungguin, dia lari lagi nah ini.

dr. Sundoyo: Iya sebentar, menarik memang ini yang disampaikan dr. Ibnu, saya mencoba begini dulu yang pertama ketika tadi disampaikan adalah holding, siapa sebenarnya yang akan jadi holdernya gitu ya ini penting gitu. Kan kalau didalam PP tentang holding itu, itukan ada holder lalu perusahaan-perusahaan dibawah dia kan gitu kan, kalau holdernya itu dia adalah sebuah Institusi yang tidak bergerak dalam perumahan sakitan menjadi aneh yakan. Mestinya holdernya Rumah Sakit juga gitu sehingga dia akan mencoba menyatukan beberapa Rumah Sakit gitu kan ya, itu yang mesti kita harus apa namanya? harus coba kaji agak mendalam karna ini menarik kalau menurut saya, karna Muhammadiyah ini kan memang agak punya karakteristik tersendiri dibanding Rumah Sakit yang lain. Yang kedua, di rumah sakit kebumen itu ada 16 rumah sakit lalu ada 4 anastesi, saya ingin bercerita dinamika pada saat menyusun peraturan Menteri kesehatan nomor 30. Cara berpikir kami adalah begini, ketika seseorang itu adalah sudah masuk ditetapkan sebagai pegawai tetap disalah satu perusahaan gitu, ini kita bicara umum dulu, maka dia begitu bekerja di perusahaan maka magang, dia pasti bukan sebagai pegawai tetap. Kalau asumsi saya itu betul, maka ada 12 rumah sakit yang tidak akan mendapatkan dokter tetap anastesi, betul ya? ini yang maksud saya nanti ketika kita membuat petunjuk teknis bagaimana ini pegawai tetap kita harus betul-betul simulasikan agar jangan sampai begini lo. Oke ini 4 tahun gitu tetapi ketika produksinya seperti ini terus jangan-jangan sampe 4 tahun juga tidak akan bisa terpenuhi itu yang pegawai tetap gitu. Ini kita kan masih bisa intervensi melalui petunjuk teknis apasih yang dimaksud dengan pegawai tetap tadi, gitu maksud saya, ini agak berbeda dengan apa yang, oh ini kebutuhannya sekian, ini sekian, persediaan hanya sekian itu berbeda dengan bagaimana kita menjabarkan yang pegawai tetap tadi, saya baru 1 ni. Dikabupaten kebumen misalnya juga begini, misalnya ni, kalau misalnya didalam lampiran itu ada kalau ini ada dokter ini, dokter ini, dokter ini disebut gitu plus, plus ketika dipelayanan lalu ditenaga adalah sama dokter ini jumlahnya harus sekian, dokter ini jumlahnya sekian, itu harus dimaknai, enggak usahlah bicara 3, minimalnya itu kita sekaligus ini mencoba menggali bagaimana nanti pedoman teknisnya itu kita buat, itu adalah begini akhirnya kami berpikir begini kalau itu katakanlah tidak 3, 1 saja dari 3 yang wajib itu adalah pegawai tetap misalnya kita maknai seperti

itu lalu kondisinya adalah kurang lebih sama disampaikan oleh dr. Ibnu itu bisa-bisa rumah sakit 4 tahun kemudianpun tidak bisa memenuhi untuk pegawai tetap gitu, ini yang mesti harus kita banyak mencoba mensimulasikan dilapangan, bagaimana sih dilingkungan atau Muhammadiyah ini bagaimana nanti di tempat lain, ini kita perlu bu, kita perlu ini, mumpung kita belum secara tegas apasih yang dimaksud dengan pegawai tetap itu tapi tadi yang kita sampaikan bahwa oh ini adalah yang purna waktu sebenarnya kalau kita mencoba mengacu pada undang-undang atau regulasi bidang ketenaga kerjaan adalah oh dia adalah yang bekerja 7 jam dalam 1 hari dan 40 jam dalam 1 minggu misalnya kayak begitu, ternyata ada beberapa kesulitan ketika untuk memenuhi tenaga dari segi ketersediaannya ya, betul ya dari segi ketersediaannya. Ini yang kita perlu kajian betul sehingga nanti pada saat kita menentukan apasih yang dimaksud dengan tenaga tetap itu, itu betul-betul bisa terpenuhi oleh rumah sakit, kelihatannya kita perlu simulasikan itu.

dr. Ibnu: Paling krusial itu soal subspesialis penunjang, misal kayak patologi, karna patologi itu di Kabupaten Kebumen hanya ada 3, 2 dimiliki oleh rumah sakit Muhammadiyah sebagai full timer dan 1 dimiliki oleh Rumah Sakit Negeri dari 16. Sementara Tipe C dan tipe B ya terbanyak hanya ada tipe C saja, B belum ada. Yang juga ingin saya tanyakan substansi dari PMK nomor 30 ini dan ingin mendiferensiasikan klasifikasi rumah sakit itu tersedia secara merata di setiap area, nah ketika kami misalnya di Muhammadiyah menginginkan karna kami itu C sudah teramat gemuk tapi ketika disisir dengan adanya batasan harus ada 4 fulltimer pada 4 layanan dasar, 8 fulltimer dari layanan lain yang isinya juga tidak 1 kemudian 4 dari layanan penunjang juga isinya tidak 1, rasa-rasanya akan sulit ya secara ininya, mungkin mohon masukan dan arahnya dalam memaknai, karna begini bukan hanya dituntut 4, 8, 4 tapi juga jumlah yang ada dalam ketentuan itu.

dr. Slamet: Iya saya paham, jadi begini pak Sundoyo dan bu Hesti, peraturan ini sudah menulis sekian, sekian, sekian tapi dilapangan contoh di Kabupaten Kebumen tidak mungkin itu bisa dilaksanakan, nah itu bagaimana itu? jalan keluarnya bagaimana bu?

dr. Hesti: Jadi sedikit ya, sebenarnya yang di atur ini memang jenis pak supaya rata tapi kalau jumlah itu ABK (analisa beban kerja) jadi misalkan gini, kita sudah tadi misalkan Roemani o kami punya dokter bedah itu ada sekian orang termasuk profesor, ya itu termasuk analisa beban kerja kita terutama buat Rumah Sakit yang sudah berjalan gitu, yang tertera disini adalah minimal gitu, minimal sekian tapi kalau misal dia naik maksimal, menambah itu adalah jenis tapi untuk jumlah itu silahkan tergantung analisa beban kerja.

dr. Slamet: Bu Hesti, bukan jumlah tapi untuk mencapai angka minimal itu.

dr. Hesti: Dan ini ada juga kita analisisnya apalagi yang dipakai adalah jumlah penduduk, kenapa? Kita ini luar biasa ya itu tadi orang membangun Rumah Sakit tapi tidak melihat kelangkaan dari SDM, terus terang aja. Dan ini sangat terjadi, di Jakarta yang sudah begitu banyak selalu alasannya oh sistem rujukannya, cari ICU susah, cari Rumah Sakit susah la sistem rujukannya yang enggak bener. Sistem yang harus dibenahi tapi bukan kita membangun infra struktur sementara SDM tidak pernah terbangun, gitu lo jadi kita harus melihat lagi. Apalagi untuk analisisnya yaitu jumlah penduduk Jawa Tengah, DKI, Denpasar, Batam itu sudah kelebihan Rumah Sakit terus terang aja, karna kita 1 banding 1.000 itulah gimana solusinya. Dokter umum ini berlebih justru 12.000 pertahun lo, nah ini yang kita dorong untuk sekolah dan dia memang kadang-kadang susah juga masuk sekolah, iya memang bener karna satu harus bayar sendiri, kedua masuk pun jug susah, nah kami dorong center-center pendidikan kemaren kita ketemu.

dr. Slamet: bu hesti dokter umum tadi sudah kelebihan, pertanyaan dari teman kenapa kok klinik umum di tipe C, B harus ditutup?

dr. Hesti: sekarang kita tanya kembali lagi, rumah sakit itu spesialistik atau primer? nah kan kita kan kembali lagi ke Undang-undang pak, pelayanan apa yang harusnya ada di Rumah Sakit? kan Undang-undang ketentuannya seperti itu semua.

dr. Slamet: Bisa enggak devinisinya seperti ini bu, yang dimaksud tipe C dan D pelayanan spesialis atau pelayanan sampai spesialis yang dimaksud tipe B dan A pelayanan spesialis atau pelayanan sampai subspecialis? di tipe A ada juga dokter spesialis, di tipe ada juga dokter spesialis. Artinya yang dimaksud tersier itu adalah pelayanan maksimal adalah subspecialis, kenapa kok harus poli klinik umum ditutup bu? Ini rame sekali ini besok katanya mau demo saya enggak tau itu.

dr. Hesti: kan gini, kita kan memberikan kesempatan gini lo rumah sakit itu kan sekarang ada klinik pratama ada puskesmas, puskesmas aja banyak yang belum terisi oleh dokter umum padahal dia saratnya untuk kapitasinya bagus ya harus ada dokter umum. Lah kalau dokter umumnya di rumah sakit, kita memberikan kesempatan dokter umum ada juga di kelas A itu untuk IGD, gitu lo untuk case manager, masih ada dokter umum tapi layanan poli klinik umum ya enggaklah masa kelas A ada poli klinik dokter umum, mahal nanti pasiennya, gimana pembayarannya gitu. Kita aja dulu ini saya ingat banget di rumah sakit-rumah sakit vertikal itu mau izin karna untuk supaya pegawai-pegawainya itu ndak keluar gitu kan, itu pun enggak bisa pak, itu permasalahannya pak. Jadi kita kembali ke undang-undang.

dr. Ibnu: Saya ingin menanyakan pak, mohon maaf bu menintervensi.

dr. Hesti: pak entar dulu, ini banyak kasian itu enggak kejawab yang dibelakang-belakang. Ini tadi yang 3 SIP pak, sama ya sebetulnya kan enggak mungkin enggak sinkron kita membuat sebuah peraturan itu, kita untun

mensingkronkan dengan peraturan yang lain, pak Sundoyo juga bisa mengoreksi ya, justru disinilah kita semuanya ,menginginkan ujung-ujungnya keselamatan pasien itu. Karna selama ini kenapa sih kita selalu di blaming orang maunya berobat enak, orang maunya berobat ke luar negeri, memang kita selalu marah enggak semua kayak gitu, rumah sakit enggak seperti itu tapi kenyataan. Itu tadi, karna dokternya lari sana lari sini tadi contohnya anastesi, jarang sekali saya bilang jarang ya yang bener-bener nunggu sampai operasi selesai itu ada yang begitu ada sih, cuma kenyataannya kan banyak yang hmm tinggal kenapa, bahkan kami dulu saya ingat banget disebuah rumah sakit kami aja kenapa kami sesuaikan jumlah O.K dengan dokter anastesi yang ada di tempat kami, karna kami enggak mau dia baru intubasi disini lalu ke O.K sebelahnya itu baru dalam 1 rumah sakit lo itu. Jadi filosofi kita kembali ke filosofi deh jadi analisis kita tidak hanya bagaimana rumah sakit di daerah saya hanya tipe C dan sebagainya tapi dokternya sudah gemuk-gemuk semua gitu, kita kembali ke filosofi kita kembali ke undang-undang.

dr. Slamet: Jadi bu Hesti, kalo Rumah Sakit ini mau naik kelas oke ya, nanti akan di atur masa transisi untuk kenaikan kelas. Kalau yang tidak bisa naik kelas bagaimana jalan keluarnya, apakah kita harus memberhentikan dokter tersebut atau bagaimana?

dr. Hesti: Kan tadi Company katanya, dengan oh ini yang satu belum punya dokter tetap, kasih ke satunya sebagai dokter tetap disitu kan bisa diatur gitu, kan masa transisi lagi. Kan ada masa transisi kan untuk mengatur itu, tadi kan katanya holding company-nya masih kurang gak ada dokter tetap kenapa enggak dikasih sama-sama PKU, ayo kita sekarang rundingkan deh mana yang kelebihan nah gitu dong.

dr. Slamet: Baik, sudah pak?

dr. Hesti: Terus adalagi pak, ini yang tadi ya jadi yang kita inikan adalah jenis kalo jumlah silahkan analisis beban kerja ya. Itu minimalnya pak kalau jumlah silahkan, misalkan dia 4 ya terus ini contoh aja misalnya saya punya 4 penyakit dalam disini minimalnya 4 penyakit dalam ya kan, tapi pasien saya itu rawat jalan sehari itu ternyata pasien saya 200 itu minimal pak, itu kan kita sudah punya itu performance itu bahwa penyakit dalam disebuah poli klinik itu maksimal 30 pasien jadi saya butuh berapa penyakit dalam? Gitu lo.

dr. Slamet: Jadi akhirnya penyakit dalamnya nambah?

dr. Hesti: Nambah.

dr. Slamet: Pertanyaannya sekarang dibalik, kalau pasiennya sedikit apakah harus menetapkan penyakit dalam 4?

dr. Hesti: Bukan, artinya gini. rumah sakit yang rugi, tidak efisien tergantung rumah sakitnya monggo kan saya Kado sudah punya 5 gitu kan.

dr. Slamet: 4, itu tadi dokter tetap kan 4 minimal itu harus di penuh kan?

dr. Hesti: Iya

dr. Slamet: Tapi pasiennya sedikit?

dr. Hesti: Kan enggak mungkin kan orang itu sedikit terus kan enggak mungkin kan, rumah sakitnya tutup saja gak balik modal. Iya kan enggak begitu, justru kami akan ngatur itu buat kelas A kenapa kayak begini gak kayak sekarang ini, justru tadi supaya teman-teman yang di kelas A, kelas B mendapatkan pasien.

dr. Ibnu: B 4 besar banyak, kita habisin saja di C dan D karna begitu bu isu yang pernah disampaikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi bahwa B itu boleh melayani 4 layanan dasar, pada kasus ini kan D, C dan B sama-sama berkompetisi pada 4 besar.

dr. Hesti: Kan butuh jaga onsite segala pak, UGD kelas A itu wajib lo jaga onsite pak. B pun itu kan akan di atur dalam sistem rujukan, sistem rujukan itu 001 itu nanti kami yang atur pak udah diperbaiki, jadi mungkin di C makanya kemaren ada pertanyaan juga pak Slamet kenapa sih enggak di pepetin saja sama dengan yang B. Nanti kalah yang B-nya pak, ya itu maksudnya.

dr. Slamet: Untuk yang IDI memang batas maksimal itu ya 1 tingkat di atasnya, itu usulan IDI tapi ternyata tidak diterima.

dr. Hesti: Ya karna nanti B-nya tidak dapat pasien itu tadi.

dr. Ibnu: Masa peralihannya kan menjadi sulit jadi seorang tipe C akan naik ke tipe B, atau tipe D akan naik ke C, karna batasnya dan ada kemudian maksimal sehingga kan kita sudah diskusi di internal Muhammadiyah, karna kami dari D akan berubah ke C, atau dari C akan berubah ke B dengan PR kami, kami tidak bisa nyicil.

dr. Hesti: Harus mengajukan proses, tidak bisa.

dr. Slamet: Saya akan luruskan pak Ibnu, jadi pak Sundoyo dan bu Hesti selama ini PKU Muhammadiyah kalau mau naik kelas itu selalu nyicil. Karna Rumah Sakit PKU Muhammadiyah itu di bangun atas dasar dzakat, infaq, shodaqoh, dan waqaf. Jadi tidak mungkin Rumah sakitnya Dr. Ibnu itu dulunya hanya klinik bu, naik lagi ke tipe D, terus ada uang lagi nambah lagi ke tipe C, nah kita aturan Permenkes 30 ini tidak bisa nyicil lagi pak Sundoyo, jadi dari awal kita merancang ini mau tipe C, tipe B atau tipe A, tidak bisa nyicil sehingga saya tambahi spesialis, nanti ada duit lagi nambah lagi kalau memenuhi syarat naik ke tipe B, sekarang tertutup Muhammadiyah tidak bisa melakukan cicilan ya. Gimana ini bu untuk menaikkan status kalau Rumah Sakit mohon maaf semacam Siloam, Hermina itu mungkin selese ya kan tapi bagi kami yang rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah, bu rumah sakit kami ini Rumah sakit nirlaba menolong kaum dhuafa 100% uangnya tidak digunakan untuk bagi-bagi tapi dengan untuk masalahat umat, kalo sampe ini rumah sakit Muhammadiyah ini dirugikan ibu harus tanggup jawab di akhirat nanti bu.

dr. Hesti: Sebetulnya susah juga ya kalau kita bicara nirlaba ndaknya karna kalau dipikir-pikir ya rumah sakit Vertikal juga begitu malah dibantu oleh pemerintah kan gitu, ya nirlaba juga harusnya kan tapi kan tidak seperti itu, kita kan namanya BLU itu adalah bagaimana kita mengelola uang itu tidak disetorkan keatas, dibagi-bagi tapi dikembalikan ke Rumah Sakit dikelola bareng-bareng untuk pengembangan Rumah Sakit itu kan sebenarnya prinsip-prinsip BLU-BLUD seperti itu.

dr. Slamet: Kalau Rumah Sakit pemerintah itu kan dibantu dengan uang pajak bu melaui APBN sama APBD sedangkan kami tidak, kita mohon maaf kita hanya mengandalkan dzakat, infaq, shodaqoh tidak dapat dari APBN kecuali ibu menyumbangkan kami alat selese semua ya.

dr. Hesti: Ini analogi gitu lo, nah sama dengan rumah sakit swasta lain. Rumah sakit swasta lain itu kan juga modal, kemudian modal itu tidak di storkan kepada pemilik tapi diputer lagi, disitu dijadiin rumah sakit pengembangan ya gitu karna dia juga mencari dari pasien, bedanya gimana? Bedanya seperti apa?

dr. Slamet: Beda bu, jadi kita itu untuk maslahatnya itu kan mulai dari panti yatim piatu, mulai dari TK semua kita gerakan tanpa sepeserpun dari pemerintah sedangkan di rumah sakit swasta dia betul-betul profit dan pasti kan ada keuntungan, kalau di Muhammadiyah keuntungannya adalah untuk kemaslahatan umat, tapi kalau di swasta pasti dibagi dalam bentuk saham karna itu berbentuk PT, nah itu bedanya ada disitu bu dan rumah sakit Muhammadiyah sampai H-1 kiamat tetap atas nama Muhammadiyah bu, tidak atas nama orang sama orang jadi tolong mohon ada perlakuan khusus, monggo silahkan.

dr. Hesti: Ya soalnya yang punya nirlaba terus terang kan bukan hanya Muhammadiyah ya mohon maaf yang kristen ada, nanti minta istimewa semua tapi semuanya BPJS ya susah kita gitu lo kan itu pakai biaya BPJS semua jadi kan seperti itu. Jadi gini intinya bukan apa-apa kita harus melihat mapping ulang, baik Muhammadiyah maupun kamipun di rumah sakit pemerintah, RSUD, kemudian Vertikal, itu memaping ulang terus terang terutama di wilayah masing-masing. Jumlah penduduk kita itu berapa, rumah sakit sudah berapa nah ini juga fungsinya kepala Dinas karna tidak bisa kita paksakan orang kurang kok, itu saja tu SDM-nya enggak ada kami sudah mendorong, ya sekarang kita optimalkan dulu yang ada ini, ya mohon maaf kita penuh dulu SDM-nya gitu. Saya enggak bisa berbuat banyak karna saya hanya melihat saat ini eksisting bagaimana pasien itu mendapatkan pelayanan yang optimal, bukan mendapatkan pelayanan dokter yang lari sana lari sini akhirnya kita di komplain dan dikomplain sampe Kemkes gitu lo. Maaf ya terkadang malam ini ada di Tangerang ini saya jawab-jawab, saya sudah serahkan ke Dinas Kesehatannya untuk apa? Menyelesaikan.

dr. Slamet: 100 dari seluruh rumah sakit Muhammadiyah Aisyiyah harus ada kepastian, satu mengenai dokter tetap itu perlakuan khususnya untuk rumah sakit nirlaba dengan resiko rumah sakit nirlaba tidak hanya Muhammadiyah dong, ada rumah sakit Kristen. Yang kedua, adalah yang terkait yang mereka berlebih tapi untuk yang naik kelas tidak bisa sehingga akan diberhentikan dokter tersebut, kalau misalnya militer lebih ditempatkan dimana-mana selesai, ini kan menyangkut geografis menyangkut keluarga menyangkut kepegawaian itu kan tidak memungkinkan apakah ini harus diberhentikan. Kemudian yang nomor tiga adalah mengenai dialisis kita ada 500 lebih mesin dialisis di Rumah Sakit tipe D dan C itu kita harus ada jalan keluarnya, kalau tiga ini bisa di jalan keluar saya kira selesai bapak ibu ya.

dr. Sundoyo: Kita jangan diposisikan harus ada kepastian, bukan seperti itu mestinya. Ini kalau moderator jadi penanya juga gini susah ya, diawal pada saat saya kami paparkan kami sudah sampaikan kita ingin tau sebenarnya bagaimana sih kira-kira Peraturan Menteri Kesehatan no 30 ini ada enggak hal-hal tertentu yang tidak mampu laksana, dapatnya itu dari siapa? ya dari forum ini, contoh tadi seperti yang disampaikan dr. Ibnu tadi di Kebumen hanya ada 4 dokter anastesi untuk 16 itu, ketika disini adalah misalnya itu Rumah Sakit kelas A-nya itu ada 5 B-nya ada 3 gitu, kalau itu dimaknai tetap tidak pernah bisa terpenuhi itu kan gitu logikanya kan? Nah ini bagaimana cara mengintervensi mendefinisikan bagaimana sih dokter tetap itu nanti coba kita lakukan kajian pada saat membuat petunjuk teknis pertama. Yang kedua, terkait dengan masalah hemodialisa saya tegaskan kembali walaupun toh didalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 ini lampirannya itu sudah menyatakan plus, plus A itu adalah anastesi itu ada di A lalu di C dan D-nya itu adalah minus gitu, sementara terkait dengan masalah pelayanan dialisis itu diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 812 untuk saat ini yang masih berlaku itu, karna apa? Itu harus dimaknai sebagai peraturan yang life spesialis hanya mengatur peraturan dialisis. Justru masukan-masukan dari teman-teman pada saat sosialisasi kemaren pada saat deangan PERSI saat ini dengan Muhammadiyah, besok adalagi dengan ARSADA dan segala macam, itulah yang akan menjadi masukan bagaimana perubahan 812 itu kita lakukan, bagaimana ini gitu lo, misalnya apakah klinik akan tetap diberikan seperti itu dengan catatan tertentu misalnya, bagaimana dengan Rumah Sakit B apakah tetap masih bergandengan dengan persyaratan tertentu misalnya, C juga begitu, atau ini memang enggak kita harus langsung masuk ke A ini kan tergantung dari mana masukan pada saat sosialisasi seperti ini dalam rangka melakukan perubahan Peraturan Menteri Kesehatan 812. Tapi kami pastikan kembali bahwa sepanjang 812 itu adalah belum dicabut atau belum dilakukan perubahan maka pelayanan dialisis adalah mengacu pada 812, itu konsep berpikirnya gak perlu harus resah. Karna apa? Dulu pada saat kami merumuskan pasal 30 itu awalnya itu akan kita masukan disitu pak, itu

kalau kita masukan disitu itu konsekuensi hukumnya akan berbeda dengan ketika dialisis itu kita tidak masukan didalam pasal 30 itu, pelayanan tertentu yang harus mendapatkan izin khusus tadi. Jadi itu yang teman-teman maksudnya enggak perlu, enggak perlu khawatir untuk itu, nah nanti ini coba pelan-pelan 812 ini kita lakukan perubahan, tentu pasti kemaren dari PERSI saat ini Muhammadiyah, besok dari ARSADA inilah yang akan kita coba ramu untuk melakukan atau bahkan perubahan dari Peraturan Menteri Kesehatan nomor 812 tahun 2010. Kalau saya sih melihatnya kearah sana, masih ada satu peraturan yang harus dikeluarkan dalam rangka mengimplementasikan ini, apa itu? petunjuk teknis, sehingga hal-hal yang tadi dirasa tidak jelas, hal-hal yang tadi bisa tidak begitu tadi itu bisa kita masukan nanti kedalam peraturan yang petunjuk teknis tadi, ada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 ini mampu terlaksana. Itu yang saya coba tayangkan makanya itu tadi saya diem gitu, saya sambil melihat kembali apa yang disampaikan oleh teman-teman pada saat nanya lalu dijawab sama bu Hesti, itu saya sambil lihat-lihat gini pak, bagaimana lampiran, saya mencoba mensimulasikan dari pertanyaan-pertanyaan bapak tadi, memang kelihatannya harus segera dikeluarkan pedoman teknis untuk mengimplementasikan ini sekaligus menampung bagaimana kondisi yang ada dilapangan ini. Jangan-jangan memang betul gitu pak apa yang tadi disampaikan oleh dr. Ibnu maknanya dokter tetap tadi misalnya itu, dokter spesialis A minimal ada 4 lalu disitu dimaknai 4 itu adalah dokter tetap tetapi ketika menambah boleh tidak tetap, lalu kondisi sebarannya adalah seperti ini, lalu nanti nanti gitu tenman-teman Dinas Provinsi misalnya pada saat mengeluarkan izin atau melakukan notifikasi, enggak ini belum terpenuhi tetapnya enggak tak kasih kan enggak ngode personalnya, betul enggak kira-kira seperti itu? ini yang maksud saya kita harus gali lebih dalam kita mencoba untuk petunjuk teknisnya ini bagaimana mengimplementasikan terhadap hal-hal yang ini tidak mungkin dengan ketersediaan tenaga yang tadi disampaikan oleh dokter Yut, disampaikan oleh dokter hesti gitu ya, lalu ini tetap apa namanya? Fleksibilitas dalam rangka implementasi atau mengimplementasikan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 ini yang harus kita pikirkan. Karna memang kelihatannya setelah saya coba dengar tadi itu kalau memang maknanya pegawai tetap itu adalah apa yang ada dilampiran yang tadi disebut bu Hesti itu adalah minimal tadi dimaknai adalah sebagai pegawai tetap. Saya kok dengan ketersediaan tadi lalu dilapangan simulasi seperti itu, mappingnya yang dikatakan dr. Ibnu saya berpikir tidak akan bisa terpenuhi, maka gimana ini misalnya, misalnya kita maknai begini 4 tadi minimal itu, misalnya berapa dari minimal tadi itu harus ada yang pegawai tetap misalnya, misalnya lo misalnya, ini beberapa simulasi-simulasi yang kita coba dalam rangka mengimplementasikan gitu lo maksud saya, kita mencari solusi tetapi itu tetap harus kita mencoba untuk nanti dikaji pada saat melihat petunjuk

teknisnya. Karna dari sisi sebaran dan apa yang tadi disampaikan oleh teman-teman kondisi dilapangan ini kan harus kita coba, maksud saya itu gini bagaimana teori-teoritis dengan implementasi atau kondisi dilapangan kan harus ada titik temu gitu untuk implementasi, maksud saya gitu pak jadi percayalah apa yang bapak ibu sampaikan berupa pertanyaan-pertanyaan dan segala macam itu pasti jadi bahan juga bagi Kementerian Kesehatan untuk menentukan kebijakan-kebijakan kedepan.

dr. Slamet: Ada satu pak yang tadi dua sudah terjawab InsyaAllah, bagi rumah sakit yang mau naik kelas misalnya kelas C mau naik ke tipe B kan minimal 8 spesialis lain tetapi dia baru mempunyai 3 spesialis lain, selama ini kita nyicil nambah 1 nambah 1 kalau itu tidak bisa dilakukan berarti pak Sundoyo ini pasti akan diberhentikan kalo dalam 1 tahun tidak naik kelas untuk memenuhi, nah ini kira-kira jalan keluarnya pripun ngeh? Karna ini hampir banyak sekali gitu lo.

dr. Hesti: Maaf ya, kita ini win-win solution tadi katanya kalau mau menyekolahkan bareng nah sekarang temannya kelebihan enggak mau distribusi ke teman yang lain, karna gini bukannya kami mau apa ya takutnya nanti malah PHP gitu lo. Terus terang keluhan dialisis itu banyak banget yang masuk ke kami bahwa mohon maaf kami menanyakan langsung kepada yang punya kewenangan dalam hal ini jawabnya selalu ini pelayanan subspecialis gitu, selalu jawabnya gitu mestinya subspecialisnya jumlahnya berapa sih? kenapa ada di kelas?? wong pelayanan subspecialis kok, kan undang-undangnya udah berbunyi bahwa subspecialis kelas A dan kelas B tapi selalu saya tanya maksud kami bukan apa-apa, kalau memang ini peluang buat penyakit dalam yang dilatih itu bisa kan penyakit dalam banyak gitu lo jadi bisa turun kelas enggak harus dikelas A kelas B, maksud kami itu seperti itu karna untuk memudahkan akses. Contoh, mereka meletakkan standar di 812 itu 4 mesin 3 perawat terus terang aja saya lihat sendiri ada enggak yang begitu? kalau kita mau standar bener-bener, jarang udah deh yang di ruko-ruko itu apalagi terus terang aja. Inilah yang kami akan tertibkan standar itu udahlah bagaimana terlaksana tapi akses itu terpenuhi contoh 4 mesin 2 perawat tap DPJP-nya plus harus onset, lah wong ini beresiko kok jangan nanti kalau ada yang meninggal enggak bisa resusitasi RJP bilangannya yah sudah saatnya, kontraknya sudah habis, udah di HD berapa kali ya jangan begitu, karna seringnya seperti itu, ini terjadi dan itu banyak banget laporan ke kami. Jadi apa yang kita perbuat? kita perbaiki standarnya, berarti oh standarnya ada yang tidak mampu laksana, oh standar itu memang ada yang tidak memenuhi sehingga kejadian seperti ini, nah bagaimana? yuk kita sama-sama kita hitung data pelayanan gitu. Sekarang ini yang terjadi subspecialis mensuervisi 10 tempat HD, betul pak? nah saya tanya datang enggak? KGH ada enggak disini? ada enggak KGH, datang enggak ke 10 tempat itu, mensuervisi?

Peserta: 6 bulan sekali

dr. Hesti: Nah itulah kalau memang dikasih ke dokter penyakit dalam karena kebutuhan ayo kita benahi penyakit dalamnya kita kasih bekal 3 bulan pelatihan kasih sertifikat, bisa dia jaga onset gitu.

dr. Slamet: Bu Hesti saya potong sedikit, bahwa saya sebut saja PERNEFRI, PERNEFRI itu kan perhimpunan seminar, kalau di IDI itu posisi perhimpunan paling bawah seminar, kenapa Kementerian Kesehatan nanyanya ke PERNEFRI sedang IDI sudah membuat surat ke Kementerian Kesehatan bahwa pelayanan hemodialisa bisa dilakukan oleh penyakit dalam dengan pelatihan, itu tidak disetujui maka mengikut ke PERNEFRI gitu lo.

dr. Hesti: Bukannya tidak menyetujui pak, merekanya bilang masuk ke subspecialis, pelayanan subspecialis.

dr. Slamet: Maksudnya gini lo, undang-undang praktek kedokteran menyebut IDI bukan perhimpunan sedangkan PERNEFRI itu kan perhimpunan seminar, dalam struktur IDI itu seminar paling bawah. Setelah seminar, spesialis baru IDI, kemaren pak Dirjen menyampaikan ke saya di acara PERSI, oke sekarang terserah IDI apakah itu pelayanan sub atau spesialis dengan pelatihan, minggu depan kami akan surati lagi bu bahwa itu adalah bisa dokter penyakit dalam dengan pelatihan, bisa dengan KGH. Pak Sundoyo jadi kemaren kami akan gelisah, jangan-jangan dengan keluarnya PMK 30 menyampingkan PMK nomor 812 kalau itu masih berlaku alhamdulillah, kalau nanti perubahannya dibawah setahun berarti kita napas, tapi kalau misalnya perubahannya di atas 1 tahun nanti, 2 tahun nanti mohon ada surat edaran bahwa untuk pengaturan dialisa mengacu kepada 812. Jangan sampai BPJS ini kan kreatif sekali bu, pokoknya sangat kreatif apalagi berhubungan dengan uang jadi gitu bu.

dr. Hesti: Jadi gini kami memang sudah rencana di Kemkes ini akan ketemu BPJS jadi cuma waktunya ya pak Sudnoyo ya, jadi BPJS dengan kami Kemenkes akan membahas tentang itu tadi peralihan-peralihan yang PMK 30 ini jadi supaya mereka juga enggak kreatif, kemaren kan mereka kreatif nulis surat bahwa akan memakai kredensial. Ya terus terang kami juga, ini kan perubahan itu enggak bisa drastis gitu lo tapi kita harus menuju kesitu. Jangan justru maaf ya, ini enggak bisa, ditolak, jangan gitu, kita kan akan menata gitu, itu satu. Dan dialisis akan dirubah nantinya bahwa tidak hanya dialisis, kenapa? kita akan memperkenalkan juga CAPD yang selama ini mohon maaf ni pak Slamet agak dalam “mereka sendiri juga enggak menolak” padahal ini kami udah diam, di Thailand itu itu dokter umum kok gitu lo, dialisis itu dokter umum peritonial dialisis, dia ada sebuah rumah tapi betul-betul disupervisi tapi DPJP-nya disitu dokter umum, artinya kita bisa membuat suatu peluang bahwa pelayanan itu tetap bisa dilaksanakan dan pemerataan, jadi tidak oh hemodialis harus subspecialis ya kita ikuti subspecialis ya itu ya, jadi ini tentunya tidak akan sendiri kita juga harus

mengundang kolegium mereka nanti akan ngundang IDI, akan ngundang teman-teman organisasi profesi yang lain yang terkait ya, selalu begitu.

dr. Slamet: Maksud saya seperti ini bu Hesti, urusan internal IDI nanti mohon diselesaikan oleh internal aja tidak usah di Kementerian, yang di Kementerian adalah surat IDI bahwa itu pelayanan subspesialis atau spesialis dengan pelatihan. Teman-teman Kementerian Kesehatan masih mengundang seminar-seminar itu ya seperti ini gitu lo, iyakan? Padahal ya mohon maaf di Australia, kita sama-sama ke Australia bu itu disana tiap kecamatan ada di klinik-klinik hemodialisa dilakukan oleh perawat dan dokter umum, betul yang disampaikan oleh bu Hesti.

dr. Hesti: Bukan umum, peritonial.

dr. Slamet: Iya, pokoknya dialisislah, jadi artinya saya kira ini ada jalan keluar, tadi untuk dialisis sebenarnya sudah detail sudah dijelaskan oleh pak sundoyo, kemudian untuk naik kelas sudah dijelaskan, hanya 1 ini tadi bu rumah sakit yang gemuk, lebih, tapi mau naik mau menjadi tipe B misalnya dia belum mampu, apakah dia akan memberhentikan terus dia nyelengin dulu nanti kalau mampu masukin lagi naik tipe B atau kita berhentikan selamanya. Nah ini belum ada jalan keluarnya terakhir, terimakasih. Maksudnya, berarti jalan keluarnya sementara diberhentikan iya kan? Karna tidak ada jalan keluar, naik tidak bisa, turun apalagi kan gitu kan.

dr. Sundoyo: Gini supaya kita clear ya, saya lagi-lagi harus saya sampaikan kita disini dari Kementerian Kesehatan jangan diposisikan untuk mengambil keputusan, maksud saya adalah begini ini adalah Peraturan Menteri, tidak mungkin pak seorang kepala biro hukum, tidak mungkin pak seorang direktur itu akan menganulir Peraturan Menteri. Lalu kalau kita diminta gimana keputusannya? tidak mungkin kita lakukan, yang bisa kita sampaikan adalah apa yang tadi disampaikan oleh bapak ibu kita akan coba untuk apa namanya? coba untuk tampung, lalu oh ini ternyata memang tidak mampu laksana, kalau ini memang betul tidak mampu laksana maka bagaimana ini kita bisa masuk kedalam peraturan petunjuk teknis tadi agar Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 itu mampu laksana, itu yang mestinya harus kita bangun cara berpikir, tetapi kalau kita disini diposisikan kemana ada jalan keluarnya berarti kita akan berhentikan ya, kalau statement itu adalah di dengar oleh pegawai yang ada di lingkungan Muhammadiyah oh bisa rame gitu, maksud saya bukan itu narasi yang harus dibangun kalau menurut saya gitu lo, jadi jangan itu karna kan enggak mungkin gitu lo. Ini Peraturan Menteri Kesehatan lo, oh ini nanti begini, maka yang selalu saya sampaikan tadi kan begini, apa yang disampaikan oleh dr. Ibnu misalnya oh kalau seperti itu lalu apa yang kita bayangkan pada saat membuat norma terkait dengan dokter tetap itu adalah bagaimana asas umum yang ada didalam regulasi bidang ketenagakerjaan memang ini enggak akan bisa tercapai. Jangankan 4 tahun, kalau dilihat dari bagaimana terkait dengan ketersediaan termasuk juga

proyeksi lulusan jangan-jangan ini enggak, itu yang maksud saya harus dijembatani dengan peraturan yang teknis tadi, bagaimana ini untuk menterjemahkan tenaga tetap tadi ada mampu laksana, karna ini bukan hanya didalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 kan tapi didalam undang-undang Rumah Sakit sudah menyatakan seperti itu, jhanya persoalan tenaga tetap itu seperti apa? ternyata, ternyata asumsi kita pada saat kita membangun tenaga tetap itu kita menggunakan asas umum yang ada di itu ternyata masih mengalami kesulitan. Inilah yang kita mencoba untuk bagaimana didalam petunjuk teknis tadi, itu lo maksud saya. Jangan diposisikan oh kalau begitu diberhentikan semua, itu kan enggak bagus juga gitu lo, kan diskusi bukan seperti itu.

dr. Slamet: Siap, jadi narasinya memang kita transisinya 1 tahun, kalau dalam waktu 1 tahun masa transisi tidak ada kepastian narasinya, ya jalan keluarnya tidak ada lain selain keluar. Tetapi, kita tidak memaksa teman-teman Kementerian Kesehatan, kita hanya memberikan uneg-uneg aja pak, jadi masalah yang dihadapi Rumah Sakit Aisyiyah Muhammadiyah, bukan Aisyah, Aisyiyah, tadi bu Yut tanya ke saya, Aisyiyah itu apa ya? saya sampaikan, bu Yut Aisyiyah itu lembaga yang didirikan untuk menjaga bapak-bapaknya biar tidak poligami, makanya yang di Muhammadiyah tidak ada uyang poligami, senang dia mau ikut, haduh. Ada pertanyaan lain? Ya, 3 lagi ya, 3. Bapak tipe apa pak?

Peserta: PKU Blora, tipe D.

dr. Slamet: terus?

Peserta: PKU tipe B

dr. Slamet: Satu lagi. 3 ya, 3 terakhir ya, karna pak Sundoyo 3x24 jam belum tidur hehe. Bu Hesti juga sama, tapi kalau bicara bu Hesti kan Insomnia ya bu. Ayo gimana?

dr. Hesti: Saya ingin menambahkan sebetulnya yang tadi rumah sakit khusus kemudian itu diluar kekhususannya itu sudah diatur, mohon maaf memang BPJS yang enggak mau bayar harusnya ada di PMK 74 tahun 2016 itu saya yang tulis bahwa Rumah Sakit khusus yang menyelenggarakan pelayanan diluar kekhususannya itu di bayar 1 tingkat dibawahnya, itu aja ini memang saya kesel juga ini harusnya dibayar gitu, itu sudah tertulis resmi itu, atau itu dicari saja bu sebagai hutang bu. Maaf ya kalau dikami sebagai rumah sakit pemerintah ada pelaksananya bu nanti temuan BPK itu akan diusut.

Peserta: Tidak dikasihkan ke kami jadi tidak bisa klaim pelayanan.

dr. Slamet: Bu Irni nanti bikin surat resmi ke DSN, ke Komkes untuk diselesaikan, kalau diruangan ini tidak bisa diselesaikan.

dr. Hesti: Mengacu pada PMK 74 tahun 2016 ya, terus ini satu lagi pak dengan tim work ini semua rumah sakit ini kompeten semua jadi apa saja mana yang harus izin Menteri, mana yang cukup izin di Provinsi nah ini akan diatur semua, sudah kami siapkan semua, ini kan memang kita harus ngejar

yang rujukan dulu karna sudah menunggu supaya teman-teman ini yang kelas A, kelas B kosong ini supaya ya dapet pasien, berarti kan mereka menunggu. Nah tentang tadi dibilang setuju enggak bahwa single tarif, sebenarnya juga bukan setuju tidak setuju tetapi harus ada kajian, maaf karna terus terang undang-undang aja kan ada dikasih 4 kelas ya, kami sekarang sedang menyiapkan kajian tentang bukan single tarif tapi kelas perawatan yang sama, kami sedang melakukan kajian seperti itu.

dr. Slamet: baik, terimakasih bu Hesti karna waktu yang tidak memungkinkan, terimakasih pak almuharrom ustadz Sundoyo dan bu Hj. Hesti dan bu Hj, dr. Yut, terimakasih atas atensinya. Karna ini pertemuan seluruh Rumah Sakit saya mau minta pendapat terhadap tadi slide apa yang akan dilakukan oleh Aisyiyah Muhammadiyah, tadi disetujui tidak akan sebagai rekomendasi, akan disetujui tidak?

Peserta: Setuju.

dr. Slamet: Setuju, oke ya kita kirim notulennya. Baik, dengan mengucapkan alhamdulillah pak Sundoyo sudah capek, bu Hesti sudah capek, dr. Yut sudah dimarahi oleh suaminya, tetap untuk Muhammadiyah beliau bersedia datang, applause untuk pembicara kami kembalikan ke pembawa acara bu dr. Vivi, terima kasih assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Lampiran 2. Pengkodean

PERNYATAAN	KODING
Saya kira ini adalah kesempatan yang luar biasa dalam waktu yang relatif pendek dengan WA, kemudian bapak dan ibu bersedia berkumpul pada siang hari ini, dan ini menunjukkan bahwa betapa pentingnya topik yang akan kita diskusikan pada siang sampai malam nanti.	pembahasan PMK 30 sangat penting
kalo beberapa waktu yang lalu itu kan kita sering mendengarkan kata VUCA ya kan, volatility, uncertainty, complexity sama ambiguity, dan inilah saya kira saat yang tepat buat kita exercise bahwa VUCA itu sudah datang, tiba-tiba dengan sebuah surat dari Kementerian Kesehatan berubah total nih, apa? Platform bisnis rumah sakit di Indonesia.	PMK m enjadi tantangan yang harus dilewati
Tapi kita tidak pernah tau kan kalau misalnya, besok pengumuman Menteri Kesehatan ya to? yang ini baru berjalan 3 bulan, tiba-tiba Menteri Kesehatan yang baru bilang "eh saya ganti ni" iya itu bisa terjadi...	PMK bisa saja diganti sewaktu-waktu
Nah jadi kita juga pertama siap bahwa ada peraturan-peraturan yang membatasi, tapi kemudian ada kemungkinan lo sebaliknyanya.	regulasi PMK belum jelas
Oleh karena itu bapak ibu semuanya sebenarnya yang paling penting adalah bagaimana kita bereaksi terhadap PMK 30 ini.	bagaimana MPKU bereaksi terhadap PMK 30
Faktanya yang pertama adalah PMK ini tidak hanya mempengaruhi rumah sakit Muhammadiyah tetapi juga seluruh rumah sakit di Indonesia, artinya siapapun yang bergelut dibidang rumah sakit akan mengalami dampak yang sama.	PMK 30 berdampak bagi seluruh rumah sakit di Indonesia
Oleh karena itu yang pertama menurut saya sangat menghargai apa yang dilakukan oleh teman-teman hari ini.	pembahasan PMK 30 sangat penting
Tentu saja yang pertama menurut saya kita harus paham dulu apa sih isi PMK ini.	pentingnya memahami isi PMK 30
nah sayangnya acaranya ini kebalik nih, mestinya kita dengerin dulu paparan dari Kemenkes baru nanti malam didiskusikan,	diskusi hari ini terbalik antara paparan dan diskusi
tetapi saya tau dr. Slamet sudah berdiskusi dengan PERSI, jadi setidaknya sudah ada bahan juga, jadi setelah ini akan sharing apa aja yang sudah didiskusikan di PERSI dan kemudian dampak-dampak seperti apa yang akan terjadi seandainya PMK ini dilakukan.	dampak yang mungkin terjadi jika PMK 30 diberlakukan
Jadi yang pertama kita mesti paham dulu maknanya ini agak kebalik tapi gak apa-apa, nanti malam kita bisa bertanya seluas-luasnya.	pentingnya memahami isi PMK 30
Kemudian setelah itu, kita lihat kembali apakah dampak-dampaknya itu, dampaknya itu selalu ada dua iyakan, ada dampak positif dan negatif, tapi sementara ini kan kita melihatnya itu kan negatif gitu kan.	dampak yang muncul dari PMK banyak yang negatif
Kalo saya lihat di groupnya, kita diskusi itu semuanya negatif kabeh.	pembahasan PMK banyak yang negatif
Jadi siapa tau lo, nanti setelah ini kita menemukan hal-hal yang positif juga. Sekalipun nanti kita bisa timbang-timbang mana lebih banyak positif atau lebih banyak negatifnya.	pembahasan PMK banyak yang negatif
Nah baru setelah itu menurut saya kita harus punya strategi bersama, keuntungan kita disini adalah kita bareng-bareng ni banyak.	menyusun strategi bersama menghadapi PMK 30
sekarang bayangkan kalau kemudian bapak dan ibu ternyata pemilik satu rumah sakit namanya misalnya Budi Utomo Rumah Sakitnya, Cuma satu dia gak punya teman sama sekali, itu lebih susah menurut saya sih, mau ngomong sama siapa gitu kan,	kebersamaan dalam menghadapi PMK 30
Pilihannya cuma ada beberapa kok, menurut saya, satu kita tolak mentah-mentah, pertanyaannya kita bisa gak menolak ini? Kayaknya gak bisa kan.	tidak bisa menolak PMK 30
Jadi we have to life with that, kita harus hidup dengan PMK ini.	harus bisa menghadapi PMK 30
kita bisa jadi minta revisi sebagian, bisa jadi, kita datang konsultasi.	bernegosiasi terkait PMK 30
sampai kepada ranah konstitusional, kita misalnya harus JR, itu juga kemungkinan juga	yudisial reviu terkait PMK 30
strategi kita apa saja sih supaya kita bisa survive, inilah yang paling penting.	menyusun strategi bersama menghadapi PMK 30
Jadi fokusnya tadi kalo dituntut semuanya negatif.	pembahasan PMK banyak yang negatif
strateginya apa ya kita supaya kita bisa tetap survive, kan ini dari reaksi terhadap VUCA kan seperti itu supaya kita bisa survive, nah setelah itu actionnya apa,	PMK m enjadi tantangan yang harus dilewati
jadi hari ini menurut saya bisa menjadi diskusi yang pertama, tapi menurut saya akan ada diskusi-diskusi selanjutnya.	perlu diskusi lanjutan membahas PMK 30
tetapi saya berpikir setidaknya dari PMK ini bahwa kemudian kita gak bisa berpikir lagi sendiri gitu lo, mesti ada regionalisasi akhirnya.	kebersamaan dalam menghadapi PMK 30
bisa gak Semarang jadi centernya dan kemudian disekelilingnya kan ada Kudus, ada Demak, ada Pati, ada Mayong ya terus kemudian ada Tegal dan seterusnya mulai berpikiran bersama-sama jangan kemudian sendiri-sendiri.	kebersamaan dalam menghadapi PMK 30
Oleh karena itu sebagai Network menurut saya kita m enjadi penting untuk mulai berpikir bareng-bareng dan tidak berpikir sendiri-sendiri,	kebersamaan dalam menghadapi PMK 30
kalau ada Pak Iwan saya jadi ingat Ponorogo itu satu kota rumah sakitnya dua kapasitasnya sama a doktermnya sharing, sekarang pembagiannya mau bagaimana ini ya kan rezekinya bagaimana ini membaginya apa tetap kamu di C saya di B.	kebersamaan dalam menghadapi PMK 30
Jadi bapak - bapak dan ibu saya sangat bergembira dan mudah-mudahan hari ini kita bisa membuat ujungnya ada strategi, ada action yang memang harus kita buat bersama-sama.	menyusun strategi bersama menghadapi PMK 30
saya berharap setelah ini dari wilayah lain membuat suatu rumusan sehingga bersama inilah yang harus kita lakukan.	kebersamaan dalam menghadapi PMK 30
...mudah-mudahan hari ini m enjadi sesuatu hal yang penting, terakhir sebelum ditutup saya ingin menggaris bawahi emang kita di dalam MPKU, kita ini berbagi tugas...	kebersamaan dalam menghadapi PMK 30
Kemudian yang paling penting taktik kita, strategi ini yang kita bangun bersama-sama supaya kemudian mendapatkan hasil, karena kalau strateginya ini tidak mendapatkan hasil ya percuma aja gitu,	menyusun strategi bersama menghadapi PMK 30
alhamdulillah relatif komplit untuk ketua dan wakil ketua hadir, di belakang juga masih ada MPKU perwakilan wilayah, bapak ibu direksi dan seluruh pejuang dakwah melalui pelayanan kesehatan di Muhammadiyah yang kami banggakan.	pembahasan PMK 30 sangat penting
yang sering dikomentari oleh orang luar adalah muhammadiyah bisa memiliki amal usaha yang umumnya begitu panjang dan sampai sekarang relatif tidak ada yang gulung tikar walaupun ada biasanya <i>wazger</i> berapa perguruan tinggi terkait beberapa aturan.	tanggapan positif bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah
terus ada yang orang ingin mencari sebetulnya nilai-nilai apa yang berkembang di situ yang menjadikan beberapa amal usaha Muhammadiyah itu berumur panjang,	tanggapan positif bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah
jadi nilai-nilai apa yang berkembang sehingga menjadikan Rumah Sakit kita bertahan sampai sekarang.	tanggapan positif bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah
para pengelola amal usaha Muhammadiyah spirit pemimpin amal usaha itu sebagai ibadah jadi sebagai ibadah maka didalamnya ada ikhlas,	amal usaha kesehatan Muhammadiyah memiliki para pemimpin yang baik

...pengelola amal usaha Muhammadiyah itu rata-rata pejuang,	amal usaha kesehatan Muhammadiyah memiliki para pemimpin yang baik
betapa banyak para pemimpin amal usaha Muhammadiyah itu menintis sejak dari 0, dia sudah diserahkan terus dia bisa berbuat seperti itu komentar bapak itu, hanya pejuang yang bisa seperti ini.	amal usaha Muhammadiyah memiliki para pemimpin yang baik
Maka ketika ada tantangan PMK 30 itu kita yakin bagi pengelola amal usaha Muhammadiyah ini tantangan benteng yang tidak bisa tidak ditembus,	keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
ini ada PMK 30 yang kemudian menjadi perbincangan di banyak tempat,	PMK 30 menjadi isu yang hangat
tapi bagi para pejuang yakinlah meski kita bisa menghadapinya dengan baik.	keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
tahun 60-an sampai 70-an itu bajing-nya itu lebih dahsyat, internal maupun eksternal tantangannya itu lebih berat. Tapi alhamdullillah atas izin Allah semuanya itu bisa terlewati dengan baik,	keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
dan saya punya keyakinan PMK ini juga bisa berjalan dengan baik, dengan artian disikapi oleh Muhammadiyah.	keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
sikap justru diajari oleh guru-guru kita penstuwanya boleh sama tapi yang membedakan nasib itu adalah bagaimana menyikapi peristiwa itu,	keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
karena nanti di dalam akan ada perubahan-perubahan kebijakan yang kita ambil.	menyusun strategi bersama menghadapi PMK 30
...para pengelola amal usaha Muhammadiyah itu orang menyadari bahwa dia orang-orang yang profesional.	keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
jadi kita tidak boleh berternak masalah begitu besar, bagi kita orang yang beriman kita punya Allah yang Maha Besar sehingga seberat apapun masalah kalau Allah sudah menurunkan kekuatannya, yakin.	keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
Maka pertemuan ini adalah bagian dari kesungguhan kita untuk menghadapi masalah ini dan saya yakin bisa	pembahasan PMK 30 sangat penting, keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
walaupun Menteri juga belum paham tidak ada pengurus Muhammadiyah itu yang digaji, bahwa ketika ada amal usaha punya keuntungan itu dipanggil untuk melayani di tempat lain, dan setelah itu dipahami sekarang proses terus menerus dan berjalan.	pengurus Muhammadiyah tidak ada yang digaji
Pokoknya mau tetap bergembira, jadi kalau nanti PMK-nya tidak bisa diganti...	keyakinan positif dalam menghadapi PMK 30
...tidak menggunakan nama organisasi tapi kita memilih nama persyarikatan, karena memiliki makna yang kuat, harus memiliki ikatan yang kuat, dia harus bekerja bersama, bergerak bersama,	PKU sebagai amal usaha kesehatan yang kuat
...kita tetap memilih persyarikatan karena memiliki ikatan yang lebih dari sadar organisasi, maka sangat bijak yang dilakukan PKU saat ini,	PKU sebagai amal usaha kesehatan yang kuat
...kita tetap memilih persyarikatan karena memiliki ikatan yang lebih dari sadar organisasi, maka sangat bijak yang dilakukan PKU saat ini,	PKU sebagai amal usaha kesehatan yang kuat
Dan kalau pengalaman mengumpulkan alumni dengan singkat itu adalah dengan cara bid'ah dan harus ada PMK mudah-mudahan nanti menjelang rakornas akan ada PMK baru.	pembahasan PMK 30 sangat penting
Kita semuanya pengen maunya seperti itu, jadi nampaknya kita itu masih seperti dulu gelemengeronombol nek akeh nduwe tantangan baru masalah bareng, kenapa kita tidak belajar bareng terus-terusan, saya entah apa tapi insyaallah ini mulai sadar bangun bareng-bareng.	amal usaha kesehatan Muhammadiyah biasanya hanya akan berkumpul saat ada masalah bersama
Nah oleh karena itu mari kita mulai bareng-bareng, terus kalau ada hal-hal yang memang harus ya semua siap, dan bagi kita tidak ada masalah yang sempurna maka justru di situlah letaknya kita saling mengawasi sesama kita, dan yakin bisa	amal usaha kesehatan Muhammadiyah seharusnya bersama-sama menghadapi masalah
Rumah sakit dari mana? Sumatera hadir? Palembang? yang dari luar Jawa hanya Palembang? Lampung, Lampung, Metro, Babel, Bima, Bima hadir? Terus Sulawesi ada?	pembahasan PMK 30 sangat penting
Kalimantan? dari mana, Pontianak? oh Banjarmasin, Jawa Timur berapa yang hadir mohon tunjuk tangan, begitu kompak seperti Jawa Timur ini luar biasa ini,	pembahasan PMK 30 sangat penting
nggak usah hanya karena PMK terus melakukan hal-hal yang menjadikan kita tidak produktif	PMK 30 jangan dijadikan masalah
Muhammadiyah selalu melakukan dakwahnya dengan koridor konstitusi yang sah, kalau ada perubahan Muhammadiyah akan melakukan prosedur perubahan yang konstitusional.	Muhammadiyah mengedepankan asas yang baik
monggo diskusi dimanfaatkan dengan baik sudah jauh-jauh di Jogja	pembahasan PMK 30 sangat penting
Akhirnya bapak ibu bukan hanya PMK ini yang aslinya kita harus cermati tapi beberapa kebijakan yang ada di persyarikatan Muhammadiyah baik itu dari qoidah, pedoman maupun aturan selevel majelis pimpinan pusat mengamankan kita untuk meninjau kembali, karena harus sesuai dengan perjalanan amal usaha kita	pembahasan PMK 30 sangat penting
Jangan sampai regulasi yang kita pikir menjadikan kita tidak bisa melakukan dakwah dan pelayanan yang lebih baik,	PMK 30 jangan dijadikan masalah
Bapak ibu PMK ini tidak hadir di dalam ruang hampa, realita ini tidak hadir dalam ruang kosong, sehingga akan membuat banyak hal yang bersinggungan dengan PMK ini, lain halnya kalau PMK ini hadir di ruang hampa,	pembahasan PMK 30 sangat penting
karena PMK kini hadir di sebuah kenyataan ada di beribu rumah sakit, beribu klinik, dan mereka sedang berkembang, mereka sedang progress, mereka sedang berjalan, tidak berhenti.	PMK 30 berdampak pada seluruh pelayanan kesehatan
Nah ini yang mungkin membuat berbagai, kalangan, berbagai hal, menjadi bersinggungan, bergesekan dengan PMK ini.	PMK 30 berdampak pada seluruh pelayanan kesehatan
Namun apa tadi yang sudah disampaikan oleh pak ketua MPKU dan Pak ketua Muhammadiyah kepala Bidang kesehatan, kita akan mencintai tapi ini dengan berbagai hal, nanti akan diarahkan boleh dr. Slamet, kalau PMK ini bisa kita ubah, ya kita ubah.	amal usaha kesehatan Muhammadiyah mencari solusi terbaik mengenai PMK 30
karena ternyata di lapangan secara sosiologis ilmunya Pak Slamet itu tidak bisa berjalan, nah kalau tidak bisa kita rubah, strategi apa yang akan kita lakukan,	menyusun strategi bersama menghadapi PMK 30
untuk berbagai macam kemungkinan, kemungkinan pertama naik atau turun kelas, kemungkinan kedua memberhentikan pelayanan, kemungkinan ketiga memberhentikan dokter dan pegawai,	menyusun strategi bersama menghadapi PMK 30
selamat sore nanti kita kedatangan khusus dari pejabat Kementerian Jateng ada lima, Kepala Biro Koor, Direktur rujukan dr. Hesti spesialis mata, kemudian yang kedua di PERSI tidak paham, yang pertama adalah karena peserta audience tidak paham, jadi sudah membuat pertanyaan yang harus dijawab Menteri Kesehatan sudah di share di grup arsalMU, kemudian yang kedua di PERSI tidak paham, yang persentasi juga tidak paham.	pembahasan PMK 30 sangat penting
...kalau kami militer dilakukan seperti itu siap semuanya, tapi ini unsur geografis, unsur keluarga, unsur kepegawaian, unsur kesejahteraan, itu selalu menghingi permasalahan pemerataan	banyak yang masih belum paham terkait PMK 30
sehingga tidak seperti kemarin di PERSI, sudah nggak jelas, presentasi nggak jelas, semuanya ambyar.	pemerataan tidak bisa diterapkan di Indonesia
Pertama tidak diatur peralatan khusus, tidak ada, CT-Scan, MRI semua tidak ada, ini keuntungan bagi kita, kemudian tidak diatur jumlah bed, sebelumnya enggak ada aturan jumlah bed, kalau di luar negeri rumah sakit dengan jumlah 20 tempat tidur, 30 tempat tidur itu banyak.	banyak yang masih belum paham terkait PMK 30
Kemudian, nah ini untuk mengukur antara masalah dan mudharatnya, kesimpulannya di belakang, apakah masalahnya lebih bagus atau tidak?	regulasi PMK belum jelas mempertimbangkan dampak yang akan muncul jika PMK 30 diberlakukan

kalah bagus ya jalan, kalau mudhorotnya banyak dibatalkan.	mempertimbangkan dampak yang akan muncul jika PMK 30 diberlakukan
katanya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Ini digabung antara gigi dan dokter, sehingga kesulitannya adalah dalam menghitung batas maksimal,	regulasi PMK belum jelas
Oke ya, sehingga sisanya begini, di PKU Gombong ada 10 dokter spesialis lain plus 5 spesialis gigi, berarti kelebihan berapa? kelebihan 8 kalau di bersih, jadi yang 8 itu harus di warning untuk pindah 1 tahun ke depan.	batas jumlah dokter menjadi masalah bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah
jadi pelayanan dialisis sudah jelas tertulis tidak ada di rumah sakit tipe C dan D,	penempatan pelayanan hemodialisa dibatasi di rumah sakit
klinik utama gimana? masih bisa, karena klinik utama tidak diatur di PMK ini. Nah, nah klinik utama masih bisa. Ya kan nggak diatur kok, oke?	penempatan pelayanan hemodialisa dibatasi di rumah sakit
Kemudian hitungan IDI, dari 100% pasien HD, 82 sekian persen adalah dilayani di rumah sakit tipe C D dan klinik utama.	penempatan pelayanan hemodialisa dibatasi di rumah sakit
Saya sampaikan kemarin di depan Pak Dirjen bagaimana memindah 82%, kurang lebih 105.000 pasien se Indonesia akan diarahkan ke rumah sakit tipe A dan B,	pemindahan pasien menjadi masalah yang timbul dari penerapan PMK 30
kalau di klinik utama, rumah sakit tipe C dan D kegawat darurannya gimana,	kegawatdaruratan menjadi alasan regulasi hemodialisa saat ini
Oke bapak ibu untuk harga mati dialisis tidak ada di rumah sakit tipe C dan D hanya ada yang di tipe A dan B,	penempatan pelayanan hemodialisa dibatasi di rumah sakit
kemudian dokter subspecialis tidak boleh di RSU, di rumah sakit tipe C dan D, tidak hanya subspecialis, spesialis pun ada yang beberapa tidak boleh di rumah sakit tipe C dan D, yang jelas sub tidak boleh.	penempatan dokter spesialis dan subspecialis di rumah sakit dibatasi
apakah dialisis itu masuk ke pelayanan spesialis atau subspecialis? langsung dilemparkan ke IDI, padahal IDI sudah menjelaskan bahwa dialisis itu ahli penyakit dalam yang terlatih atau oleh HD inha, tapi seperti itu mutar-mutar terus.	regulasi dialisis belum jelas
kami mengeluarkan kalau katarak dengan komplikasi yaitu dokter sub, yang biasa oleh dokter spesialis, jadi di HD pun akan sama seperti itu,	regulasi dialisis belum jelas
Kemudian dokter subspecialis lain yang ada di tipe C, jadi siapa yang tanya, rumah sakit C mana yang ada subspecialis? coba ngacung. Wah bu Marni, satu, dua, tiga, empat, banyak.	rumah sakit Muhammadiyah tipe B banyak yang memiliki subspecialis
peraturan KKI menyatakan bahwa dokter subspecialis mendapat 3 STR dan 3 STR KT, 3 STR KT ini boleh dipakai boleh tidak, kemarin saya tanyakan ke teman-teman bidang kesehatan, bagaimana kalau misalnya seorang dokter sub punya 3 CV, 1 pakai yang KT, yang lain tidak. Jawaban bidang kesehatan, nanti di Peraturan Menteri Kesehatan 25 ini akan ditulis tidak boleh, jadi harus di pilih salah satu. Nah nanti akan bertentangan dengan peraturan konsil kedokteran, kedepannya di pembahasan Peraturan Menteri Kesehatan 252 IDI berpegang pada tidak ada dokter subspecialis.	regulasi dokter spesialis belum jelas, peraturan terkait subspecialis bertentangan
... Karena undang-undang praktik kedokteran hanya menulis dokter dan dokter spesialis, STR-nya pun sama, jadi dead lock	regulasi dokter spesialis belum jelas
Kemudian, pelayanan medik dasar poli umum tidak boleh tipe C, B dan A,	pelayanan medik dasar poli terbatas
siapa yang ada poliklinik umumnya ngacung, banyak, sudah pendapatan sedikit ditutup lagi.	pendapatan poliklinik umum sedikit
kemudian ada spesialis yang tidak boleh ada di tipe C maupun tipe D, ini jumlahnya ada 14.	pelayanan spesialis banyak yang tidak boleh di tipe C dan tipe D
Kemarin yang protes keras diacara PERSI adalah bedah saraf dan bedah mulut, karena ini termasuk kegawatdaruratan. Kenapa? misalnya di rumah sakit, di Kebumen tidak ada rumah sakit tipe B, tidak ada bedah saraf, kecelakaan kemudian stroke perdarahan, ini sangat membahayakan masyarakat, ini spesialis yang tidak boleh ada di rumah sakit tipe C dan D, ya dipilah-pilah.	pelayanan kegawatdaruratan dibutuhkan di rumah sakit tipe C dan D
Kemudian pelayanan medis spesialis lain tidak ada kelas D, coba bapak ibu angkat tangan kelas D yang ada spesialis lain.	pelayanan medis spesialis lain tidak ada di kelas D
Kemudian ada juga dokter spesialis yang tidak boleh di rumah sakit tipe B itu ortodonti dan Kedokteran nuklir,	pelayanan medis spesialis lain dibatasi di rumah sakit tipe B
Lanjut, rumah sakit khusus kelas C hanya untuk khusus ibu dan anak, di luar ibu dan anak harus A dan B,	rumah sakit khusus kelas C hanya untuk KIA
ada nggak rumah sakit khusus di luar ibu dan anak ayo? ada tu rumah sakit jiwa Klender, naik tidak bisa turun juga, masa jadi klinik utama gitu kan.	regulasi penentuan rumah sakit khusus tidak jelas
pendidikan subspecialis akan sepi peminat, jadi teman-teman yang akan menyekolahkan subspecialis dipaksa-paksa, dikasih sugu kayaknya nggak ada yang pada mau nanti peraturannya nggak jelas.	regulasi pelayanan subspecialis tidak jelas
Sekarang sudah mulai banyak yang membatalkan, ini laporan dari perhimpunan subspecialis	munculnya dampak negatif dari regulasi subspecialis yang tidak jelas
...kemudian dampak bagi masyarakat menjauhkan akses pelayanan...	menjauhkan akses pelayanan akibat pemberlakuan pembatasan pelayanan
dampak bagi BPJS nih kemarin ada yang debatable kira-kira BPJS untung atau nambah defisit? defisit, orang pelayannya ada di tingkat yang paling tinggi kok, iya ini kan di A, B, tarif antara tipe D, C sama A bisa 200%,	BPJS akan defisit akibat pemberlakuan pembatasan pelayanan
tidak ada masa transisi bagi rumah sakit yang mau naik kelas, contoh rumah sakit Delanggu, dia akan naik ke rumah sakit tipe C minimal 1 tingkat harus secara bertahap	tidak ada masa transisi untuk rumah sakit yang mau naik kelas
ini rumah sakit khusus, saya tanya kepada teman-teman bidang kesehatan bagaimana bisa sebelum 2019 Kementerian Kesehatan melegalkan semua rumah sakit khusus, mau rumah sakit ibu dan anak, mata, bedah, THT, dan lain lain, tiba-tiba dengan Permenkes ini semuanya ilegal ibu dan anak, kalau tidak di tipe A atau E, ini paling dapat di revisi karena undang-undang rumah sakit menyatakan rumah sakit khusus terdiri dari tipe A, B dan C.	Kementerian Kesehatan plin-plan dalam hal melegalkan rumah sakit khusus
Kemudian, untuk rumah sakit umum, kelas A dan kelas B mempunyai kemampuan pelayanan medik spesialis dan sub, C dan D sudah tadi ya tidak ada sub.	pelayanan subspecialis hanya bisa dilakukan di rumah sakit tipe A dan B
saya melihat Peraturan Menteri ini seperti permainan, tau nggak bapak ibu permainan, batas minimal sekian, apabila ada pengembangan ditambah sekian, kenapa nggak minimal dan maksimal, jadi seperti me apa ya legal grafiknya kurang pas,	anggapan PMK seperti permainan
ada permainan satu lagi jika dalam satu provinsi tidak ada rumah sakit tipe A maka boleh menambah layanan, pertanyaannya rumah sakit tipe A jumlahnya 68, hampir di setiap provinsi ada artinya apakah ini berlaku nggak? gak berlaku.	anggapan PMK seperti permainan
dalam satu provinsi ada Rumah Sakit tipe A maka tidak bisa ditambah pelayannya, harusnya kalau misalnya tidak ada rumah sakit tipe A bisa menambah spesialis lain bisa menjadi 13,	seharusnya ada peningkatan batas minimal bagi penambahan pelayanan saat keadaan tertentu
Kita masuk ke rumah sakit tipe C, langsung ke kesimpulan aja, rumah sakit tipe C maksimal 4 spesialis dasar, 5 penunjang, 3 pelayanan medik spesialis lain, ini tipe C, siapa yang lebih dari 3 mohon bapak dan ibu ngacung? hampir semua, ask.	banyak rumah sakit kelebihan dokter
Kemudian, kebetulan rumah sakit Roemani untuk izin operasional habis dibulan Februari, ini bagaimana dok, karna dengan adanya PMK ini mau ke B atau C kita masih galau? terimakasih Assalamualaikum.	PMK membuat bingung naik kelas atau tidak

Jadi, masa transisi selain pelayanan kesehatan tertentu atau selain pegawai tetap adalah 1 tahun,	transisi pelayanan kesehatan tertentu 1 tahun
Ini masalah, ini tadi masalah, kalau naik kelas menjadi tipe B ibu harus menyediakan, dokter tetapnya 16, belum dokter umumnya ya, ini baru spesialisnya, belum spesialis lainnya, banyak	dibutuhkan SDM yang banyak untuk naik ke kelas B
Makanya kemarin maaf bapak ibu kita menginginkan masa transisi dengan PMK untuk yang naik kelas, nanti kita tekan aja itu harus masa transisi, karna yang masa transisi yang di PMK ini bukan yang untuk naik kelas.	butuh masa transisi untuk naik kelas
ini ada bocoran lagi, kebetulan saya masuk tim tarif kebijakan, jadi nanti akan ada single tarif, jadi operasi katarak di klinik utama di tipe D, tipe C, tipe B, tipe A akan dibayar sama, gitu, ngerti kan? Nah itu single tarif, untuk tindakan medis yang sama yang bisa dihitung unit costnya,	perencanaan penetapan tarif berdasarkan single tarif
jujur bapak dan ibu, kami rumah sakit tipe B di Jakarta menangis di dalam hati, pada saat itu kita mau melalukan universal reviu, tapi kita melihat tipe B kita jumlahnya cuma 6, sedangkan tipe D tipe C jumlahnya banyak	jumlah perbandingan kelas tidak merata
Nanti ada bocoran lagi akan ada koefisien, jadi berdasarkan pengeluaran operasional rumah sakit	perencanaan penetapan tarif berdasarkan nilai koefisien
Yang saya ingin tanyakan penjelasannya bagaimana, apakah maksudnya pengertian penunjang medis 4 itu adalah 4 yang ada di dalam halaman 47 atau 4 yang ada di halaman 45?	kurangnya pemahaman isi PMK 30
Jadi inikan pemberian materi untuk malam nanti, ada beberapa, apakah ini penjumlahan ataupun ini jumlah maksimal, kalau maksimal ya kita dirugikan lagi, nanti ditanyakan.	kurangnya pemahaman isi PMK 30
Obsgyn sos tidak boleh, yang boleh maternal, rumah sakit khusus, bukan rumah sakit umum, terus? Lanjut	obsgyn sos tidak boleh di rumah sakit tipe C
...Kemenkes 252 tahun 2011 tentang praktik kedokteran disitu akan dimasukkan bahwa dokter subspecialis harus memilih, sehingga nanti terjadi tabrakan antara peraturan konsil kedokteran dengan Kemenkes.	regulasi subspecialis saling bertentangan
Undang-undang praktik kedokteran tidak mengenal dokter subspecialis, hanya dokter dan dokter spesialis, sehingga kemarin deadlock dengan Kementerian kesehatan, tidak bisa	tidak ada peraturan subspecialis di dalam undang-undang
Kembali ke undang-undang praktik kedokteran, jadi aturan yang sekarang diperbolehkan sampai terjadi perubahan peraturan 252	dokter diperbolehkan kerja di rumah sakit tipe C tanpa memakai subspecialisnya
kenapa rumah sakit tipe C khusus hanya ibu dan anak-anak gitu, beliau menjawab angka kematian ibu dan bayi itu masih tinggi gitu lo. Saya jawabnya angka kematian lebih tinggi, beliau bingung, angka TBC tertinggi kedua setelah India	alasan hanya melegalkan RS KIA sebagai RS khusus tipe C kurang tepat
angka TBC tertinggi kedua setelah India	angka TBC tertinggi kedua setelah India
Ada program Nasional, 1. Ibu dan anak, 2. Kebutaan 3. Paru 4. Canting, 5. Yang tidak kalahnya adalah umur harapan hidup, karna umur harapan hidup kita paling rendah di Asean. Harusnya kalau itu masuk ya gak ada aturan ini pak, karna ini menyangkut umur harapan hidup semua orang,	umur harapan hidup dinilai penting karna terendah di Asean
terkait dengan kalau kita sudah terlanjur investasi hemodialisis atau kita catlab,	bagaimana kalau sudah terlanjur investasi hemodialisis
jelas kalau di lampiran itu disebutkan kita memang sedang gundah apakah kita akan naik ke tipe B atau tetap dengan C,	amal usaha kesehatan Muhammadiyah gundah dalam menentukan kelas
dengan segala konsekuensi sekitar 8 atau 12 spesialis yang harus dihindari dari rumah sakit kami, yang akan membawa dampak terhadap yang lainnya gitu,	penetapan jumlah dokter memberikan dampak pada amal usaha kesehatan Muhammadiyah
masa peralihan, ada 3 masa peralihan yang saya kutip, 1 mengenai dokter pegawai tetap, di PMK 30 tidak menyebut pegawai tetap terkait undang-undang tenaga, yang ditulis yang dimaksud SDM tetap adalah SDM tenaga tetap purna waktu,	penetapan masa peralihan sudah tercantum dalam PMK 30
bunyi pasal 60 ya itu diterangkan masa transisi, 10 tahun untuk pelayanan tertentu, apa definisi pelayanan kesehatan tertentu? adalah ada di ayat 2 ditambah lagi pelayanan kesehatan lain ada di ayat 3, itu harus beracara ke situ, terus ditulis juga semua rumah sakit yang melakukan pelayanan tertentu harus izin Menteri Kesehatan, jadi seribu, dua ribu kasus rumah sakit pelayanan tertentu,	penetapan masa peralihan sudah tercantum dalam PMK 30
pelayanan kesehatan tertentu yang berbiaya mahal, pendekatan akses pada masyarakat, diberi waktu 10 tahun,	penetapan masa peralihan sudah tercantum dalam PMK 30
untuk waktu 10 tahun tidak ada keterangan apakah 10 adalah masa transisi alatnya atau alat dengan dokternya,	penetapan masa peralihan sudah tercantum dalam PMK 30
karena kalau dokternya maksimal 1 tahun,	penetapan masa peralihan sudah tercantum dalam PMK 30
di rumah sakit sudah ada pelayanan hemodialisa kami mau beranjak ke tipe C, di tipe C hemodialisa itu tidak ada, itu yang menjadi kegunaan saya,	peraturan penempatan hemodialisa membuat kegunaan
saya sudah invest hemodialisa, bangunannya sudah ya dan segala macam nah bagaimana ini menghilangkan kegunaan saya ini ya?	peraturan penempatan hemodialisa membuat amal usaha kesehatan Muhammadiyah gundah
karena dari tipe D itu kan ke C, nggak ada hemodialisa gitu kan ya,	rumah sakit tipe D dan C tidak terdapat pelayanan hemodialisa
gundah gulannya Pak Gozali sama dengan 27 rumah sakit Muhammadiyah, sudah harga mati di lampiran dialisis tidak ada di tipe C dan D, klinik utama masih aman,	peraturan penempatan hemodialisa membuat amal usaha kesehatan Muhammadiyah gundah
...kemudian pak Dirjen kemarin menyampaikan sekarang teresah IDI bawa itu pelayanan subspecialis atau spesialis, kalau menyatakan itu pelayanan spesialis selesai...	regulasi penetapan pelayanan hemodialisa masih belum jelas
...pak Dirjen mengatakan seperti itu, internal kita pak Ghazali minggu ini atau minggu depan akan mengundang untuk membagi kompetensi, misal begini jadi teman-teman PERNEFRI itu belum bisa membagi misalnya pasien hemodialisis yang non komplikasi oleh ahli penyakit dalam itu belum,	perlu adanya regulasi penetapan pelayanan hemodialisa
tetapi perlu kami sampaikan tidak usah gundah gulana pak, turut saja, paling tidak sekarang MPKU PP Muhammadiyah dan arsaMU menyiapkan langkah-langkah untuk tadi dialisa,	MPKU PP Muhammadiyah dan arsaMU menyiapkan langkah regulasi tentang hemodialisa
ada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812 pak, yang mengatur hemodialisa saya sudah dihubungi oleh ketua timnya Menteri Kesehatan,	hemodialisa diatur di PMK 812
Bisa, saat ini bisa karena ada peraturan konsil kedokteran bahwa dokter subspecialis bisa melakukan kegiatan spesialis. Itu bisa sampai hari ini.	dokter subspecialis bisa melakukan kegiatan pelayanan spesialis
pasal 30 adalah jenis layanan yang diizinkan oleh Menteri kesehatan diterapkan jenisnya itu tidak termasuk HD dan cath lab. HD dan cath lab masuk kedalam izin operasional tipe rumah sakit tersebut, tanpa harus ada izin khusus dari Menteri Kesehatan.	hemodialisa dan cath lab tidak perlu izin khusus dari Menteri
PERSI sudah menyatakan ke IDI bahwa di jantung tidak ada subspecialis, cuma ada spesialis dan fero kompetensi tambahan.	jantung tidak ada subspecialisnya
pusing ini ada 12 dokter yang harus kita pikirkan kalau kita ini di tipe C.. Harus bersyukur Pak kalau Delanggu lebih pusing lagi pak, sama Singgih pusing lagi.	pusing dalam menentukan nasib dokter yang ada
Jadi terkait dengan tipe RS, bisa dilakukan oleh Kementerian Kesehatan maupun atas permintaan BPJS,	tipe rumah sakit bisa ditentukan oleh Kementerian kesehatan
kan sesuai dengan tipe rumah sakitnya, kan kalau di C dan D adalah Bupati atau Walikota melalui rekomendasi dari dinas kesehatan setempat,	rumah sakit tipe C dan D ditentukan oleh Bupati
kalau dia tipe B akan dikeluarkan oleh gubernur,	rumah sakit tipe B ditentukan oleh gubernur
Tipe A Menteri dinas Kesehatan, oleh Kementerian Kesehatan.	rumah sakit tipe A ditentukan oleh Kementerian Kesehatan

Wong sekarang kan ada BPJS, mau kita lagi kemana aja itu terdeteksi.	BPJS bisa mendeteksi tempat praktek dokter
saya melihat dari arsaMU ini kan mayoritas kelas C ya dok ya, C dan D,	mayoritas amal usaha kesehatan Muhammadiyah adalah kelas C dan D
saya melihat dari arsaMU ini kan mayoritas kelas C ya dok ya, C dan D, sedangkan yang C saja banyak sekali yang am at gemuk contohnya tadi ada Bantul ada yang Sruweg ada Gompong pila, walaupun Gompong akan ke B.	mayoritas arsaMU banyak yang gemuk
kira-kira nanti kelas C ini harus bagaimana dok, apakah kita akan membuat semacam pertemuan dengan para dokter siapa yang suka rela akan keluar mungkin?	rumah sakit bingung cara memberhentikan para dokter
pak sebenarnya ini pengen ngapusi juga, kayak yang tadi ini ngumpetin bagaimana caranya tidak membuang SDM, saya maunya seperti itu tapi ternyata dr. Selamet kan bilang tidak bisa ya.	BPJS bisa mendeteksi tempat praktek dokter
kalau ibu tidak ingin dibatasi maka ubah rumah sakit tipe A, itu tidak ada batasan.	rumah sakit tipe A tidak ada batasan dalam melakukan pelayanan
...tadi yang disampaikan oleh dokter Slamet sebatas pada di de yg waw gitu kan, bicara mudharat dan manfaat, tapi kita ngomong mudharatnya semua ya kan, jadi capek juga presentasinya.	MPKU menilai PMK 30 lebih banyak negatifnya
...padahal Bagaimana mungkin kita akan, menurut saya ini dinas kesehatan provinsi atau kabupaten mengakses sebuah tipe rumah sakit bila hanya dengan PMK 30 ini saja, karena di sini tidak mengatur soal peralatan, padahal peralatan PMK 56,	PMK 30 tidak mengatur soal kualifikasi peralatan
...kita kalau hanya dengan PMK nomor 30 maka di situ tidak memenuhi syarat kualifikasi peralatan yang disebut, berarti kan terjadi kekosongan hukum karena di sini dinyatakan tidak berlaku, kalau di dalam PMK 56 kan diterangkan secara detail apa saja, di PMK 30 ini tidak ada, sementara di pasal 60 PMK yang terkait itu batal, sejak diterapkan aturan ini,	PMK 30 tidak mengatur soal kualifikasi peralatan
...saya menilai PMK ini tidak bisa direalisasikan ya, jadi misalnya kami ini di tipe C, tipe C, kita keluarin dengan harapan nanti pada saat akan B kita akan naik ke tipe B, itu tidak bisa	PMK 30 dinilai tidak bisa direalisasikan
terkait dengan tahap sosialisasi karna di dalam aturan PMK ini tidak mengatur waktu sosialisasi, maka disebutkan sejak ditetapkan maka berlaku itu menimbulkan kegaduhan dalam konteks pembiayaan BPJS	PMK 30 tidak mengatur waktu sosialisasi
andaikan MPKU meminta kepada Dinas Kesehatan, kepada Kementerian Kesehatan untuk memasukkan sosialisasi ya.	MPKU meminta adanya waktu sosialisasi terkait PMK 30
di beberapa daerah masih banyak perangkat Kementerian Kesehatan yang belum paham dengan pasal ini, terbukti Jawa Tengah masih menuntut pengertian fulltimer dalam SIP pertama.	perangkat Kementerian Kesehatan masih banyak yang belum paham pasal di PMK 30
Ada surat dari BPJS, suratnya adalah sekaligus dengan PMK ini artinya pelayanan di luar dari yang disebutkan itu tidak dibayar, itu yang kami talutikan,	kekhawatiran terkait BPJS tidak membayar rumah sakit
saya sudah berapa kali ditanyain sama sejawat dokter mata, dari THT, syaraf, ya pokoknya yang di luar kesepakatan, saya bilang apa, pokoknya selama fee cair silahkan stay disini, tapi kalau tidak bayar mohon maaf saya sumpahin gitu.	tidak adanya sosialisasi mendalam terkait PMK 30
BPJS pasti akan membayar sampai tanggal 31 Desember tahun 2020 eh sampai tanggal September berlaku, ini 27 September dia akan memberi batas sampai dengan 27 September, sebelum tanggal 27 September 2020	BPJS akan membayar tunggakan sebelum 27 September 2020
...kalau menurut saya warning sebanyak-banyaknya pak, semakin gaduh peraturan ini semakin cepat direvisi, jadi tidak usah ditahan-tahan, biar saja BPJS melakukan itu nanti akan menjadi kegaduhan pak.	MPKU dan arsaMU berharap PMK 30 cepat direvisi
Kalau tanpa kegaduhan tidak ada perubahan-perubahan, biar kan saja, yang penting tetap dibayar sampai batas akhir 1 tahun dari keluarnya peraturan ini diundangkan.	MPKU dan arsaMU berharap PMK 30 cepat direvisi
kalau kemarin Rumah Sakit Muhammadiyah itu selalu nyicil sebelum naik kelas, sekarang tidak bisa mencicil,	amal usaha kesehatan Muhammadiyah sekarang tidak bisa menyicil kenaikan kelas
...ini sekarang sudah tidak bisa, dia harus bisa memilih mau D atau C, akibatnya rumah sakit yang bernodal besar dia bisa pak, bayar. Tapi kayak Rumah Sakit Muhammadiyah itu akan kesulitan, karena hanya bisa memilih, pak Ibnu C atau B tidak bisa nyicil lagi gitu lo.	amal usaha kesehatan Muhammadiyah sekarang tidak bisa menyicil untuk menaikkan kelas rumah sakitnya
...inilah yang menjadi dasar Muhammadiyah akan melakukan aklamasi karena sangat merugikan, rumah sakit kita kan didirikan atas dasar zakat, infaq, shodaqoh, waqaf, selalu mulainya dari.	Muhammadiyah akan melakukan aklamasi terkait PMK 30
Nah kemudian saya kok punya negatif thinking begini ya, ini mau ada apa kok langsung dilempar PMK 30, pengalihan isu kali ya, nah itu aja.	amal usaha kesehatan Muhammadiyah mempertanyakan penerbitan PMK 30
...dan surat sudah dia kali dikirim, jadi arsaMU mengirim surat ke Menteri Sekretariat Negara langsung, tapi nyatanya keluar bu ya kan, sehingga dia sudah kita akan melakukan upaya lain.	amal usaha kesehatan Muhammadiyah mempertanyakan penerbitan PMK 30
Nanti saya minta bapak Ibnu untuk mengurus itu, apakah harus ada keputusan Menteri Kesehatan tentang perlakuan khusus bagi rumah sakit nir laba reskonnya NU, Kristen, Budha semua kena nggak papa tapi Muhammadiyah akan tetap hidup dan itu yang bisa dilakukan,	perlu adanya kekhususan bagi rumah sakit nir laba
...dan yang terakhir yudisial reviu, kita akan lakukan itu.	MPKU akan melakukan yudisial reviu
Apakah ada apa yang disampaikan oleh bapak rumah sakit kekhususan, apakah kita Rumah Sakit Pendidikan mengajar mahasiswa sehingga dinamakan privilege buat kita barangkali ya yang ingin saya sampaikan	MPKU mempertanyakan hak istimewa bagi rumah sakit pendidikan
Ya inginnnya kita seperti itu rumah sakit pendidikan tipe B akan terkena dampak biasanya bu Meta ini mengajarkan Koas sampai 15 spesialis mungkin ya, dengan adanya ini kan maksimal 7 spesialis misalnya atau maksimal 10 spesialis pasti akan terganggu,	rumah sakit pendidikan mungkin akan terkena dampak dari PMK 30
Lah Dinas Kesehatannya rodo-rodo itu, secara hukum SIP itu keluar bersama dengan surat izin operasional, karna dokter tersebut mau praktek dimana kalau izin operasionalnya belum keluar, harusnya bareng-bareng.	keluarnya izin operasional dan izin praktek tidak tepat
berarti Jawa Tengah ini ngawur kudune langsung praktek bisa itu, kalau di Jabodetabek tidak bisa bareng keluar dengan operasi onal begitu juga dengan izin klinik.	keluarnya izin operasional dan izin praktek tidak tepat
...cari dulu dokter spesialis untuk memenuhi batas maksimal atau batas minimal, setelah terpenuhi ajutin surat izin praktek sekalian peningkatan kelas,	
Kalau dari C ke B, kalau kita hitung ya, C itu kan minimal 8 ditambah 4 kali satu jadi 12. Ke B 16 spesialisasi dasar belum yang lain berarti sangat repot.	pemenuhan tenaga dokter spesialis dinilai merepotkan
Iya memang repot pak, makanya kemarin arsaMU minta ada masa transisi untuk yang naik kelas selama 4 tahun gitu loh pak, masa transisinya 4 tahun,	pemenuhan tenaga dokter spesialis dinilai merepotkan
di pasal 60 ayat 1a sama b itu terjadi perbedaan, di situ ditulis bahwa masa transisi surat izin operasional tetap berlaku sampai batas masa berlakunya, tapi di sisi lain di huruf c sama d itu maksimal 1 tahun harus menyesuaikan kan itu problem konstusional gitu lo.	terdapat perbedaan regulasi masa transisi surat izin operasional di PMK 30
...kalo ini tadi pak Slamet bilang mau single tarif gitu, kayaknya kita juga masih berpikir kalau ini dari C mau ke B gitu, padahal nanti spesialisnya sama tidak ada perbedaan untuk rujukan berjenjang itu...	perencanaan penetapan tarif berdasarkan single tarif
...kan berarti nanti habis di tipe D tipe C gitu, sehingga dokter kita yang dulunya punya pasiennya banyak sekarang teelemisasi gitu,	single tarif akan menyebabkan pasien berkurang di tipe D dan C

Kalau kami, mungkin di pikiran kami itu mungkin masalah C atau D, kita pikiran sekarang pasti mau naik kelas semuanya, kalau yang tunjuk jari tunjuk jari semuanya naik kelas.	banyak rumah sakit yang ingin naik kelas
Untuk naik kelas inipun kita tidak lepas dari pemikiran ini tadi dan kita juga menunggu dari BPJS itu bagaimana dia akan memutuskan ini,	regulasi BPJS terkait pembiayaan belum jelas
sehingga strategi kami strategi yang akan saya terapkan dengan banyaknya diskusi ini, kita akan menunggu detik-detik akhir, jadi detik-detik akhir itu betul-betul fiks antara pembiayaan dan apa tipe kelasnya betul-betul, karena apa kekhawatiran kami ya kita sudah maksimal,	menunggu regulasi pembiayaan salah satu solusi menentukan kenaikan kelas
saya setuju pindah ke tipe B saya siap dan ada beberapa kekurangan resi den, kita bisa penuhi tetapi di pembiayaan tidak akan bisa mengikuti itu, lah ini kita juga menjadi permasalahan.	menunggu regulasi pembiayaan salah satu solusi menentukan kenaikan kelas
kita untuk menentukan tipe kelas ini pak Slamet kita juga melihat kompetitor kita, kompetitor kita sekarang juga semua mau melihat, semua mau naik kelas atau dia stay jadi saling menunggu,	kompetitor saling menunggu dalam menentukan kenaikan kelas
...jadi ini ada apa menurut kami saya untuk memutuskan itu kurang cukup data sebenarnya untuk saat ini kalau kita mau memikir apakah dari tipe Kemenkes ini atau dari BPJS itu kita kurang data untuk menentukan itu,	kekurangan data untuk menentukan kenaikan kelas
kacamata BPJS satu pegangannya, apa pak tarif, duit, dia lebih baik membayar tipe D daripada rumah sakit tipe B, selisih bisa 20%,	pegangan BPJS mengeluarkan sebuah peraturan adalah uang single tarif solusi untuk menghilangkan kebijakan BPJS berdasarkan uang
oke kacamata BPJS bisa hilang kalau tarifnya adalah single kelas, udah, dibuka.	single tarif akan menghilangkan sistem rujukan berjenjang yang diinginkan oleh Kementerian Kesehatan
Cuma muncul masalah baru dari teman-teman Kementerian Kesehatan yang menginginkan sistem rujukan berbasis sirsom, yang melalui ya tipe D dulu, Tipe C dulu.	single tarif akan menghilangkan sistem rujukan berjenjang yang menentukan kenaikan kelas adalah pemilik amal usaha kesehatan itu sendiri
karena jelas kalau sudah single tarif, BPJS tidak akan pakai sistem sistem rujukan buat apa dia, enggak peduli gitu lo itu satu.	single tarif akan menghilangkan sistem rujukan berjenjang
Kemudian persaingan itu bapak yang bisa menentukan, bapak mau ke arah mana saya tidak bisa menjawab, karena rumah sakit di sekitar bapak kan bersaing juga.	yang menentukan kenaikan kelas adalah pemilik amal usaha kesehatan itu sendiri
Tapi kalau misal itu dari C ke B, untuk mencari dokter tetap dalam waktu dekat kan nggak mungkin itu gimana, bisa dilakukan dengan gimana?	rumah sakit masih kekurangan SDM dokter
Terus pelayanan kesehatan tertentu pasal 30 saya bacakan, ini masa transisinya adalah 10 tahun, oke. Rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tertentu harus mendapat izin dari Menteri Kesehatan tidak didelegasikan ke kesehatan,	masa transisi pelayanan kesehatan tertentu adalah 10 tahun pelayanan kesehatan tertentu harus mendapat izin dari Menteri Kesehatan
kemudian apa aja pelayanan kesehatan tertentu, radioterapi, nuklir, terus ini penomatan ini, bayi tabung, terus transplantasi organ, terus sel punca untuk penelitian berbasis layanan kalau untuk stem cell, ada juga pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri,	jenis pelayanan kesehatan tertentu telah ditetapkan oleh menteri
Terus peningkatan kelas, hanya boleh bertahap satu tingkat di atasnya,	peningkatan kelas hanya bisa satu tingkat diatas
nah tidak ada ketentuan naik kelas dari D ke C berapa lama harus menunggu naik ke B, tidak ada ketentuan, apakah 1 tahun, 6 bulan atau berapa tidak ada ketentuan...	tidak ada ketentuan jangka waktu menunggu untuk naik kelas
jadi bunyi pasal 60 ayat 1(a) nggak salah itu ditulis sejak peraturan ini keluar, rumah sakit yang sudah mempunyai izin operasional tetap berlaku sampai masa berlakunya habis, tapi huruf (c) nya bahwa rumah sakit sudah mempunyai izin blablabla harus menyesuaikan maksimal waktunya 1 tahun,	pasal 60 PMK 30 berbenturan terkait izin operasional
saya harus mengeluarkan paling tidak 12 dokter ini,	dampak PMK 30 banyak tenaga kerja yang harus dipecaat
kalau nanti yang harus kami keluarkan berarti kan dipecaat pak efek pesangonnya pak, misalkan nanti memberhentikan kalau nanti beliau mengundurkan diri nggak masalah.	efek pemecatan adalah pemberian pesangon
Ini 12 dokter kami semuanya yang memberhentikan kami harus ngasih pesangon juga, besar sekali lo itu pak.	pesangon yang diberikan bisa sangat besar akibat pemecatan
Belum lagi kalau nanti kami dituntut, dulu minta-minta jadi pegawai tetap kok sekarang dipecaat, itu kan sudah muncul itu pak seperti itu, sub kami sudah ngomong seperti itu ke kami.	PMK 30 bisa saja berdampak pada dituntutnya rumah sakit akibat pemecatan
Jadi, kalau teman-teman Kemenkes saya yakin tidak sampai mendengar seperti itu tapi kalau BPJS sampai jam berapa dia ada di mana dia tau, ya kan. Jadi kalau anda lolos dari Dinas kesehatan tapi tidak lolos dari BPJS.	BPJS bisa mendeteksi tempat praktek dokter
ini mencermah semua diskusi ini jadi buah simalakama, kita naik kelas, kita tetap, kita mati, jadi ini menjadi suatu hal yang sulit,	PMK 30 menempatkan rumah sakit dalam posisi yang sulit
...saya sendiri sedikit, setiap yang B sekarang itu jumlah kunjungan BPJS turun drastis mengakibatkan penurunan pendapatan.	pasien rujukan di kelas B sekarang sedikit
Jadi kalau kita harus naik sudah C susah dapatkan SDM-nya lalu pendapatan turun, belum lagi nanti kalau ada hal-hal lainnya jadi ini barangkali kita cermah.	PMK 30 menempatkan rumah sakit dalam posisi yang sulit
kalau kita tidak naik kelas sistem pelayanan ada yang harus hilang artinya kan pendapatan kita jadi turun kalau pendapatan kita turun,	PMK 30 menempatkan rumah sakit dalam posisi yang sulit
Lalu seperti bapak itu kalau dokternya berhenti disatu unit katakanlah kalau kita harus memecat dalam tanda kutip "memeat" 5 dokter ini otomatis pegawai di bawahnya pun menjadi harus direasonalisasikan, yang ini yang menjadi masalah karena di sini berlaku undang-undang ketenagakerjaan.	dampak PMK 30 banyak tenaga kerja yang harus dipecaat
Dia dikasih pesangon dan dikasih presentasi selama masa kerja jadi double...	efek pemecatan adalah pemberian pesangon
...nah saya masih bingung tapi saya usulkan, bahwa yang pertama barangkali kita tidak usah terburu-buru kalau begini.	tidak usah terburu-buru menanggapi PMK 30
Kemudian yang kedua kita mohon ada pengampu dari MPKU, jadi ketika kita harus naik itu seragam semua, semua Rumah Sakit dibawah Muhammadiyah Aisyiyah harus seragam caranya, itu barangkali kita minta diampu oleh MPKU, terimakasih.	pengampu bagi MPKU untuk naik kelas
Ya ini memang dilema kita jalan keluarnya hanya satu, naik kelas dan kita usaha bahwa kelas ada masa transisi sama selama minimal 4 sampai 5 tahun itu aja yang bisa kita lakukan.	MPKU bingung menanggapi PMK 30
MPKU dan arsaMU berharap PMK 30 cepat direvisi	amal usaha kesehatan Muhammadiyah berharap PMK 30 cepat direvisi
...keluar petunjuk teknis peraturan ini,	perlu petunjuk teknis agar PMK 30 mampu terlaksana
termasuk di atas itu mesin dialisanya ada 400 lebih, itu kan juga akan berpengaruh pada Rumah Sakit Muhammadiyah.	PMK 30 berpengaruh pada pelayanan hemodialisa
Tapi kalau untuk yang dokter itu kita nanti akan tengok, kita akan sampaikan tidak ada definisi purna waktu itu...	tidak terdapat definisi purna waktu di PMK 30
Oke ya yang transisi ada waktu 4 tahun yang naik kelas,	masa transisi 4 tahun bagi rumah sakit yang naik kelas
...tapi bagi yang tidak naik kelas tidak ada masa transisi.	tidak ada masa transisi bagi rumah sakit yang tidak naik kelas
...harusnya kan membandingkan dengan apoteker, dia bisa melayani berapa resep perharinya tinggal di hitung, lah ini tidak ini juga kita protes.	tidak ada regulasi perbandingan jumlah apoteker di PMK 30
Terus nah kira-kira bagaimana ini caranya, banyak manfaat atau mudharatnya? Banyak mudharatnya.	MPKU menilai PMK 30 lebih banyak negatifya

Keinginannya baik, filosofinya baik tapi kalau peraturannya banyak mesti perlu dikaji ulang...	PMK 30 perlu dikaji ulang
...terus apa yang harus kita dilakukin, mendesak Menteri Kesehatan untuk mengeluarkan keputusan Menteri perlakuan khusus untuk rumah sakit yang bertema keagamaan gitu...	perlu Keputusan Menteri khusus rumah sakit bertema agama
...MPKU arsaMU akan melakukan yudisial reviu ke Mahkamah Agung...	MPKU akan melakukan yudisial reviu terkait PMK 30
...kita menyesuaikan PMK 30 yaitu satu naik atau turun kelas, memberhentikan dokter dan pegawai, memecat dokter dan pegawai terakhir sudah disebut Pak Ghofer bisa memberhentikan pelayanan.	penyesuaian PMK 30 negatif bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah
Identifikasi, mendata kerugian finansial, mendata kebutuhan dokter tetap serta SDM lainnya serta fasilitas apa yang apabila mau naik kelas, mendata jumlah dokter tetap dan SDM lainnya yang kemungkinan akan diberhentikan, mendata jenis pelayanan yang akan diberhentikan, mendata jumlah pasien HD dan mesin HD serta finansialnya. Berkordinasi dengan MPKU wilayah.	langkah strategi MPKU dalam melakukan yudisial reviu
Membantu MPKU untuk menambahkan yudisial reviu, melaporkan kegiatan kepada PP, jadi itu yang perlu kami sampaikan, jalan terakhir adalah melakukan yudisial reviu.	MPKU akan melakukan yudisial reviu terkait PMK 30
...kami sekalian ini masih pada gaduh semuanya dengan PMK yang baru karena mengharu biru di semua rumah sakit,	PMK 30 membuat gaduh semua rumah sakit
...tidak hanya rumah sakit Muhammadiyah Aisyiyah banyak sekali kajian tentang PMK ini,	banyak rumah sakit yang mengkaji tentang PMK 30
...di pasal-pasal mana yang dianggap menimbulkan kerugian kepada kita semua, kita semua sebagai keluarga mulai saya senang kita memikirkan dengan cara yang beradab, dengan cara jalur hukum.	jalur hukum adalah jalur yang tepat menanggapi PMK 30
Jadi menurut saya Forum ini minimal bisa menggaris pasal-pasal mana saja yang dianggap bermasalah, kemudian ada implikasinya kepada amal usaha terutama kepada rumah sakit ya, yang kita miliki.	pertemuan MPKU penting untuk mengkaji masalah-masalah yang ditimbulkan PMK 30
Jadi menurut saya seandainya ada haring dengan stakeholder harusnya sebelum dikeluarkan jangan dipaksakan, karna peraturan yang baik itu melihat ini apakah ini berdampak kebaikan ataukah tidak gitu,	peraturan yang dikeluarkan seharusnya berdampak baik dan tidak dipaksakan
audiensi dengan pemerintah, dengan Menteri Kesehatan menyampaikan keberatan dengan aturan yang sudah ditetapkan, kalau bisa kemudian minta aturan itu direvisi, boleh itu adalah hak warga negara,	audiensi dengan pemerintah jika keberatan dengan peraturan
kita akan melakukan yudisial review, kalau misalnya yudisial review diambil itu artinya men-challenge pemerintah, apakah itu ada implikasinya juga terhadap sikap yang diberikan kepada kita itu perlu dibahas lagi.	perlu kajian sebelum yudisial reviu
...cobakan kita akan bertemu lagi dan kita akan FGD, minimal kita punya strategi andai kata berbagai cara pasal-pasal atau ayat-ayat yang tadi kita diskusikan	perlu pertemuan lanjutan mengatur strategi mengenai PMK 30
...tolong didiskusikan lagi dengan Rumah Sakit dan wilayah serta daerah, untuk apa solusi yang terbaik sama-sama	perlu pertemuan lanjutan untuk mencari solusi mengenai PMK 30
Pimpinan rumah sakit kan tidak boleh double masalahnya keahlian, bukan undang-undangnya, bunyinya seperti itu, tapi bukan berarti dokter yang mempunyai gelar MARS,	Pimpinan rumah sakit tidak harus bergelar MARS
pada saat Peraturan Menteri Kesehatan itu dupload di dalam apa namanya pada webnya Menteri Kesehatan itu memang banyak pertanyaan-pertanyaan itu menandakan bahwa ada beberapa hal yang perlu dijelaskan...	banyak yang bertanya terkait PMK 30
...mereka kurang begitu paham juga memahami Permenkes 30 ini, padahal dia sebagai pelaku juga untuk melaksanakan Peraturan Menteri Kesehatan 30,	banyak yang tidak paham terkait PMK 30
...pemenuhan ketenagaan dan segala macam langsung mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30...	seharusnya tidak langsung merbitkan PMK 30
...mestinya kan tidak seperti itu kalau ini ternyata ada di beberapa daerah ada seperti itu, itu kan salah satu solusi kan kita keluarkan solusi surat edaran dulu.	sebelum PMK seharusnya solusi surat edaran terlebih dahulu
...sebenarnya Peraturan Menteri Kesehatan nomor 56 tahun 2014 ini, kalau dari sisi hukumnya itu sebenarnya sudah tidak memenuhi kebutuhan hukum lagi dilapangan ini terbukti dari beberapa persoalan ketika sistem rujukan itu diterapkan,	PMK 56 tidak memenuhi kebutuhan hukum terkait rujukan
...ada penumpukan atau tidak terdistribusinya pelayanan kesehatan ini dengan baik di daerah gitu ya, ini juga menjadi persoalan, padahal kalau tadi kita ini wakinya umat,	Tidak meratanya pelayanan kesehatan
mestinya tidak hanya umat yang ada di Jakarta, Jogjakarta, tetapi termasuk yang ada di Papua, yang ada di Maluku, di Papua Barat, itu juga menjadi bagian yang harus mendapatkan pelayanan,	tidak meratanya pelayanan kesehatan
memang penataan sistem rujukan ini kita harus mencoba untuk menata, kalau bapak ibu coba mencermati di dalam berbagai macam peraturan yang ada itu tegas dikatakan, di dalam undang-undang kesehatan misalnya maupun di dalam SKN terlihat betul bahwa pelayanan kesehatan itu dilakukan secara berjenjang dari tingkat pertama, kedua, ketiga,	penataan ulang sistem rujukan berjenjang
dokter ini seperti dokter umum atau dokter spesialis, ketika dokter umum maka tempatnya adalah ada di tingkat pertama, ketika spesialis adalah di tingkat kedua, tetapi ketika subspesialis adanya adalah ditingkat ketiga, itu konsep dasarnya sebenarnya, konsep dasarnya adalah itu maka kata berjenjang tadi itu adalah itu cara berpikirnya	konsep penempatan dokter menjadi konsep rujukan berjenjang
...Masyarakat tidak terlayani dengan baik, mutu layanan tidak bisa diberikan dengan baik bahkan mengganggu juga terkait masalah pasien safety, itu cara berpikir dulu membentuk undang-undang	pasien safety menjadi dasar konsep pembentukan PMK 30
...bagi badan hukum yang nir laba itu boleh bergerak tidak hanya dibidang Perumhaskitan, contoh misalnya Muhammadiyah itu juga ada bergerak dibidang pendidkan gitu, ini kalau bicara bidang pendidikan saya ingat 2013 ini,	badan nir laba boleh bergerak tidak hanya pada bidang Rumah Sakit
...kalau misalnya ada Rumah Sakit Muhammadiyah gak perlu dia harus bergerak di bidang Perumhaskitan...	badan nir laba boleh bergerak tidak hanya pada bidang rumah sakit
Khusus untuk bentuk dari rumah sakit memang disini ada perkembangan kalau untuk rumah sakit yang statis tidak ada persoalan, ini adalah rumah sakit seperti biasanya, tapi kalau ini rumah sakit yang bergerak di sini sudah mulai menampung seperti dalam bentuk bis, pesawat, kapal laut, karapan, gerbong kereta itu boleh.	perkembangan bentuk rumah sakit bergerak sudah berkembang
Mereka bingung sudah memberikan pelayanan di mana-mana terutama di daerah-daerah yang terpencil gitu termasuk juga ketika terjadi bencana dia langsung masuk juga kesitu, tapi dari sisi legalitasnya itu agak kesulitan mereka.	legalitas rumah sakit bergerak belum jelas
Yang berikutnya adalah rumah sakit lapangan, kalau rumah sakit lapangan rasanya ini sudah berjalan biasa karena biasanya itu di dirikan pada saat terjadi bencana gitu, itu berupa tenda, dan segala macam tadi.	rumah sakit lapangan berjalan bagus
Di dalam Menteri Kesehatan nomor 56 itu problem bagi rumah sakit khusus, karena apa? di dalam pasal 60-nya itu dikatakan begini, rumah sakit khusus hanya dapat memberikan pelayanan kekhususan, kata hanya tadi oleh BPJS pokoknya kalau tidak sesuai dengan kekhususannya tidak akan dibayar.	pemahaman peraturan menjadi masalah pembayaran bagi rumah sakit khusus oleh BPJS
...memang dia rumah sakit khusus itu hanya boleh memberikan pelayanan kekhususannya? tidak, hanya utama disebutnya	rumah sakit khusus tidak hanya memberi layanan kekhususannya
...apa bedanya rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, ini yang kita mencari pembeda antara rumah sakit umum dan rumah sakit khusus pada saat kami menyusun Peraturan Menteri Kesehatan yang sekarang menjadi Peraturan Menteri Kesehatan no 30.	tidak ada perbedaan pelayanan antara rumah sakit umum dan khusus

Ini yang coba kita bangun konsep Peraturan Menteri Kesehatan no 30, rumah sakit khusus kita langsung tetapkan ada 14 rumah sakit khusus gitu, pertanyaan berikutnya pasti akan begini, ... didalam Peraturan Menteri Kesehatan, Menteri dapat menetapkan rumah sakit khusus lainnya	ada 14 rumah sakit khusus yang di sabkan dalam PMK 30 menteri bisa menetapkan rumah sakit khusus
Penetapan terhadap rumah sakit khusus itu sebenarnya Menteri melalui Peraturan Menteri Kesehatan no 30 ini bisa dua. Yang pertama adalah dia ilmu yang baru lalu ditetapkan sebagai rumah sakit khusus atau dia menggabungkan dua dari misalnya dari 14 ini, misalnya gitu.	menteri bisa menetapkan rumah sakit khusus
Jadi penetapannya dia bisa dua bisa karena betul-betul penambahan baru atau dalam penggabungan, karena persoalan menetapkan ini pasti ada kaitannya dengan bagaimana pelaksanaan di lapangan, ada persoalan dengan profesi begitu ya, dokter maka harus dilakukan kajian dulu, dan harus ada rekomendasi dari asosiasi perumah-sakit dan organisasi profesi.	penetapan rumah sakit khusus harus melalui kajian dan rekomendasi
ketika Menteri kesehatan menetapkan penggabungan rumah sakit gigi dan mulut sama apni misalnya yang betul-betul berbeda misalnya dengan ortopedi atau dengan otak. Itu kalau tidak saling menunjang bisa nggak cost efektif, malah rumah sakit yang ada malah jadi rugi.	penetapan rumah sakit khusus harus saling menunjang
Kemampuan pelayanan yang berbeda tadi itu bisa dilihat dari apa? bisa dilihat dari ini bangunan, prasarana, termasuk juga kemampuan pelayanan disini ada sumber daya manusia dan peralatan.	kemampuan pelayanan berpengaruh pada rujukan berjenjang
Maka kalau bapak ibu kemarin melihat di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 56 dia detail, bagaimana dokternya, bagaimana perawatnya, bagaimana apa namanya tenaga farmasinya, termasuk peralatannya detail, tapi konsepnya yang coba kita bangun itu agak berubah dengan 56.	kemampuan pelayanan berpengaruh untuk pada berjenjang
Jadi Peraturan Menteri Kesehatan no 24 nanti juga akan dilakukan perubahan juga gitu.	akan dilakukan perubahan pada PMK 24
di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 56 itu tidak pernah ada pernyataan dalam bentuk norma yang menyatakan bahwa walaupun toh kita tau pelayanan itu adalah berjenjang, yang mana sih sebenarnya pelayanan spesialis itu dilakukan dan di mana pelayanan subspecialis itu dilakukan.	PMK 56 tidak menjelaskan secara rinci terkait rujukan berjenjang
Maka di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 30 kita nyatakan secara tegas pelayanan subspecialis itu adalah ada di rumah sakit kelas A dan B sementara untuk pelayanan spesialis itu adalah di C dan D kecuali di pratama.	sistem rujukan berjenjang di PMK 30 dinyatakan dengan tegas
Khusus untuk rumah sakit khusus ada 3 kelas yaitu C, B dan A tetapi khusus untuk rumah sakit C hanya di peruntukkan untuk rumah sakit ibu dan anak, apa pertimbangannya? salah satu pertimbangannya adalah pertimbangan ketersediaan dokter spesialisnya, dokter subspecialisnya.	SDM menjadi pertimbangan penetapan kelas rumah sakit
... dari 14 jenis tadi itu, itu kalau ada beberapa ketersediaan dokter spesialis atau subspecialis tadi itu, itu jangkangan untuk yang kelas C, untuk memenuhi B dan A saja masih kurang.	rumah sakit kekurangan SDM dokter spesialis dan subspecialis
... rumah sakit kelas A itu 70 lalu rumah sakit B-nya itu adalah hampir mendekati 500 gitu, ini akan dimana ini rumahnya gitu itu, kalau ini adalah kita akan bebaskan itu justru nanti ini yang betul-betul kebutuhan untuk dirumah sakit A dan B tidak terpenuhi malah larinya ke D dan C.	perlu adanya penetapan batas SDM
sementara ada juga spesialis tertentu jumlahnya cuma ada 150, 200 bahkan proyeksi 5 sampai dengan 10 kedepan kalau setiap tahun hanya ada 7, 10 gitu lulusannya itu bisa 10 tahun juga bisa memenuhi yang B dan A juga tidak terpenuhi.	rumah sakit kekurangan SDM dokter spesialis tertentu
kalau misalnya dibutuhkan oleh masyarakat diseperti rumah sakit saya adalah pelayanan A gitu, walaupun plus minusnya plus minusnya untuk rumah sakit kelas A saya adalah rumah sakit kelas B itu adalah banyak Tetapi yang dibutuhkan adalah subspecialis A saya pasti akan lebih mengutamakan yang A tadi daripada yang lain.	pertimbangan pemilihan kelas rumah sakit
ini khusus untuk ketenaga kerjaan itu adalah standarnya sama persis dengan apa yang ada di dalam pasal 24,	standar ketenaga kerjaan terdapat pada pasal 24
... ini pengembangannya gitu, pengembangan untuk yang ini tanpa syarat, ini adalah betul-betul berdasarkan masyarakat diseperti saya itu adalah membutuhkan pelayanan yang seperti ini,	pertimbangan pemilihan kelas rumah sakit
... kenapa kita coba membuat berjenjang, fleksibilitas juga kita tetap pertahankan karena memang tidak mudah pak.	fleksibilitas rujukan berjenjang
Pemerintah itu fungsinya adalah mengatur ini sebenarnya bagaimana antar pelaku kita atur bagaimana rumah sakit juga mereka tidak kesulitan untuk akses maka kita selalu mencoba untuk membuat berjenjang seperti ini.	pemerintah mengatur rujukan berjenjang untuk akses pelayanan kesehatan
sementara pada tataran kebutuhan masyarakat penyakit paru banyak di desa...	penyakit paru banyak di desa
... kalau kemudian penyakit paru itu harus kita paksakan di tempatkan di rumah sakit yang notabene kelas B yang cukup jauh ini masyarakat juga akan kesulitan akses...	akses pelayanan untuk spesialis dan subspecialis bagi beberapa masyarakat semakin jauh
... masyarakat juga akan kesulitan akses ini apa tidak sebaiknya dipertimbangkan.	memperhatikan akses pelayanan bagi masyarakat
artinya untuk pelayanan medis yang lain rumah sakit tipe C pun asal punya sarana yang memadai mestinya tetap diizinkan pak, tidak dibatasi 3, 7 atau 10, tetapi sepanjang bisa melayani pelayanan spesialis itu mestinya agar dikategorikan bahwa ini bukan pelayanan subspecialis,	memperhatikan akses pelayanan bagi masyarakat
itu kan begini rumah sakit D, C, B, dan A gitu ya maka ketika rumah sakit jenis pelayanan yang ada di rumah sakit D itu pasti bisa juga diberikan pelayanan itu di rumah sakit C, begitu juga D dan C itu pasti bisa dilayani juga di B, ketika itu di C dan B itu juga pasti bisa dilakukan di A.	rumah sakit tipe A bisa melakukan pelayanan secara menyeluruh
kemarin kan yang terjadi seperti ini, ketika apa namanya yang terjadi di lapangan itu adalah tidak sejalan dengan apa yang disebut dengan pelayanan yang berjenjang lalu fungsi rujukan tadi tidak berjalan dengan baik semua rujukan itu berhenti di D dan C,	sebelumnya rujukan berjenjang tidak berjalan baik
... semua pasien akan mogok disitu, lalu apa yang akan terjadi? semua rame-rame ingin turun kelas dari B pinginnya ke C, C pinginnya ke D gitu kan. Ini yang sudah coba kita pertimbangkan dalam menyusun Permenkes 30	pertimbangan rujukan berjenjang dalam menyusun PMK 30
Sekunder kan spesialis, tersier sub, kenapa tidak semua skunder tidak diperbolehkan di tipe D dan C, ... yang sekarang ini yang terjadi kan ada spesialis-spesialis yang tidak boleh di tipe C dan D pak, dan itu sama-sama skunder...	PMK 30 membatasi pelayanan di rumah sakit PMK 30 membatasi pelayanan di rumah sakit
Peraturan Menteri Kesehatan yang sekarang menjadi Menteri Kesehatan no 30 itu salah satu pertimbangan kita adalah sebenarnya ketersediaan tenaga,	ketersediaan SDM terbatas
Dirumah sakit B dan A itu sangat kekurangan tapi seluruhnya itu ada di D dan C, itu kita punya datanya pak.	penyebaran SDM tidak merata
Dari hal itulah salah satu pertimbangan kenapa ada pembatasan tadi supaya di sini betul-betul ketika itu adalah B memang betul-betul bisa memberikan pelayanan seperti di D dan C,	pertimbangan pembatasan pelayanan menjadi solusi
dan kalau itu dia terbatas kita akan kirim ke rumah sakit B dan A, karena memang ketersediaannya sangat-sangat terbatas, tidak hanya pelayanan, atau tidak hanya dokter yang subspecialis, dokter spesialispun juga terbatas juga ketersediannya,	ketersediaan dokter spesialis
... ketika rumah sakit tadi adalah sudah mendapatkan izin oprasional maka pada saat diperpanjangkan harus sudah ada, harus sudah terakreditasi.	akreditasi syarat untuk izin operasional rumah sakit khusus
terkait dengan izin pendirian ini adalah berlaku selama rumah sakit itu memberikan pelayanan.	izin pendirian berlaku selama rumah sakit memberikan pelayanan
terkait dengan izin oprasional berlaku selama 5 tahun dan dia itu diajukan oleh pimpinan rumah sakit.	izin operasional rumah sakit berlaku 5 tahun

...kalau misalnya ada rumah sakit atau pelaku usaha akan mendirikan rumah sakit maka sebaiknya dia akan berkomitmen saja bahwa dia akan memenuhi ini ini ini maka dia sudah langsung itu keluar izinnya,	komitmen diperlukan untuk izin operasional rumah sakit
...ini juga yang menjadi banyak pertanyaan, di dalam pasal 30 itu dinyatakan selain izin operasional dan mendirikan itu ada pelayanan tertentu yang harus mendapatkan izin dari menteri.	banyak pertanyaan terkait izin operasional
berteknologi tinggi, beresiko terhadap keselamatan pasien, dan juga berbiaya tinggi contohnya di sini adalah ada radio terapi, lalu ada ke-dokteran nuklir, ada TRB gitu, ada satu yang dihubungkan dengan lampiran, di dalam lampiran itu adalah ada KGH yang di a hanya di rumah sakit A dan B, C dan D itu adalah minus,	kriteria untuk izin operasional pelayanan tertentu ke Menteri Kesehatan
karena pada saat ini persoalan hemodialisa itu adalah di rumah sakit tipe D, ada di C bahkan di klinikpun juga ada.	saat ini pelayanan hemodialisa terdapat di rumah sakit tipe D, C bahkan klinik
Maka akhirnya pada waktu itu kita sepakat untuk tidak memasukkan ke-dalam pasal 30 secara tegas disitu,	tidak memasukkan hemodialisa ke pasal 30 secara tegas
karena ada Peraturan Menteri Kesehatan no 812 tahun 2010 itu yang kita gunakan.	hemodialisa diatur di PMK 812
Inilah yang pada proses nanti di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 30 ini dalam 1 tahun kita akan mencoba untuk memperbaiki Peraturan Menteri Kesehatan 812 gitu lo.	perlu merevisi PMK 812 terkait hemodialisa
Di dalam perubahan 812 itu harus tetap mempertimbangkan bagaimana persoalan akses, bagaimana persoalan keselamatan pasien, mutu layanan harus gitu,	perlu merevisi PMK 812 terkait hemodialisa
dokter spesialis yang KGH tadi itu hanya ada di A dan B, padahal ini ada peraturan Menteri khusus yang mengatur persoalan hemodialisa, ini yang mesti harus dipahami tuh gitu ya, artinya apa? sepanjang 812 itu adalah belum dilakukan perubahan, ya kondisinya masih seperti ini gitu, begitu cara membacanya, karena ini adalah sebagai let spesialis, ketika kita bicara persoalan lho ini kan saat ada peraturan baru,	hemodialisa masih mengacu pada PMK 812
ada beberapa klinik yang ketika melakukan pelayanan HD itu tiba-tiba terjadi kegawat daruratan, apa yang terjadi? karena dia adalah terbatas tidak seperti yang ada di rumah sakit akhirnya tidak tertolong,	bahaya kasus kegawatan saat pelayanan hemodialisa di klinik
...perlu kita pikirkan kedepan bagaimana ini masyarakat tetap mudah akses tapi persoalan mutu, persoalan pasien safety ini juga tetap harus dipikirkan,	perlu regulasi terkait hemodialisa
Ketika di klik disitu ooo saya komitmen akan memenuhi, keluar dia untuk izin gitu, begitu dia keluar maka dia harus memenuhi komitmen tadi, ketika disitu ohh tenaga saya harus segitu, ohh farmasi saya harus sekian, ohh saya harus ada, apa namanya untuk lingkungannya tadi, izin lingkungan, begitu itu sudah selesai lalu dinotifikasi ohh ini sudah terpenuhi lalu izin itu efektif.	komitmen diperlukan untuk izin operasional rumah sakit
kalau selama ini para pelaku usaha itu melakukan izin kepada pemerintah atau pemerintah daerah itu selalu disebutnya adalah lama gitu, yakan gitu, ini kok lama banget padahal lamanya itu bisa banyak penyebabnya,	selama ini izin operasional rumah sakit dinilai lambat
ini sekarang di balik, sekali pelaku usaha itu masuk ke dalam OSS dengan ceklik saya akan komitmen memenuhi ini, maju lagi ceklik saya akan memenuhi ini, keluar dia dalam waktu 30 menit.	nanti izin operasional rumah sakit akan lebih cepat
Tapi dia akan efektif atau tidak efektif adalah tergantung bapak ibu memenuhi komitmen tadi, begitu komitmen terpenuhi dia akan efektif.	dibutuhkan komitmen agar izin operasional rumah sakit berjalan efektif
kita memang dengan ketersediaan SDM yang ada pak saat ini bahkan proyeksi kedepan itu memang tidak mudah untuk memenuhi,	ketersediaan SDM terbatas
di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 56 kalau bapak coba lihat itu di dalam lampirannya baik SDM maupun sarana prasarana karena selama ini tidak ada penetapan kelas itu tidak ada pedomannya seperti apa,	tidak ada pedoman SDM dan sarana prasarana di PMK 56 untuk penetapan kelas
ketika teman-teman BPJS itu melakukan kredensial atau rekredensial lalu acuannya adalah Permenkes 56 banyak yang tidak terpenuhi,	tidak terpenuhinya kredensial mengacu pada PMK 56
...ditemukan oleh BPJS keti dak sesuai kelas tadi pada saat kredensial atau rekredensial setelah dilakukan reuiv kelas oleh Kementerian Kesehatan hanya 195	temuan ketidaksesuaian kelas oleh BPJS
...dia tidak boleh memberikan pelayanan kesehatan kecuali pelayanan gawat darurat dan pasien yang sudah dirawat,	rumah sakit tidak boleh memberi pelayanan jika tidak memiliki izin operasional
kalau dilihat dari pasal 25 UU rumah sakit juga dia bisa dikenakan sanksi, bahkan sanksinya sanksi pidana menurut UU rumah sakit, karena di sana disebut bahwa rumah sakit yang memberikan pelayanan tetapi tidak memiliki izin oprasional itu bisa dipidana	rumah sakit yang memberikan pelayanan terkena sanksi pidana jika tidak memiliki izin oprasional
di luar itu kita juga mengatur bagaimana perawatan untuk intensif adalah 8% dari jumlah tempat tidur yang ada,	
berdasarkan hasil dari kajian kami di Kementerian kesehatan banyak rumah sakit-rumah sakit yang untuk perawatan intensifnya hampir dibuang yang penting ada.	perawatan intensif di rumah sakit asal-asalan
banyak pasien yang membutuhkan perawatan intensif dia harus di oper ketempat yang lain gitu.	banyak pasien rawat intensif yang dirujuk
khusus untuk rumah sakit pendidikan pada prinsipnya kita tunduk pada PP 93 2015 tentang rumah sakit pendidikan untuk TKWNA juga ada Peraturan Menteri Kesehatan no 67 tahun 2013.	peraturan rumah sakit pendidikan sudah ada
...terkait dengan masalah klinik itu ternyata dibuka juga, maka kami ingin mencoba bagaimana klinik ini tidak terlepas dari rumah sakit, karena kalau ini dia berdiri sendiri nanti pelaku-pelaku usaha kecil yang dekat klinik ini bisa agak terganggu pak dengan hadirnya klinik yang bisa PMA tadi maka klinik yang PMA itu harus masuk pada rumah sakit, ...	klinik harus berafiliasi dengan rumah sakit
pimpinan rumah sakit tidak boleh merangkap jabatan manajerial rumah sakit gitu,	pimpinan rumah sakit tidak boleh merangkap jabatan
lalu kepala atau direktur rumah sakit ini harus dari unsur pelayanan medis gitu rumah sakit harus seorang tenaga medis di sini,	direktur rumah sakit harus dari pelayan medis
Lalu penyelenggaraan pemberian nama rumah sakit harus mempertimbangkan bagaimana rumah agama, sosial budaya termasuk juga bagaimana rumah sakit itu juga dapat disesuaikan dengan kepemilikan jenis kekhususan juga boleh.	pemberian nama rumah sakit harus mempertimbangkan berbagai aspek
lalu pemberian nama rumah sakit khusus harus mencantumkan sesuai dengan kekhususannya karena dia memang tadi terkait dengan ilmu, organ, umur, dan segala macam yang tadi, supaya masyarakat paham, oh ini adalah rumah sakit THH misalnya,	pemberian nama rumah sakit harus jelas
terkait dengan registrasi termasuk juga peningkatan kelas dan juga akreditasi kita wajibkan setiap 3 bulan sekali atau sewaktu-waktu dia harus memperbaiki,	akreditasi rumah sakit 3 bulan sekali
khusus untuk akreditasi peraturan di dalam Menteri kesehatan no 30 ini kita tentukan ketika dia ada rumah sakit baru maka dalam waktu dua tahun dia sudah terakreditasi,...	rumah sakit baru harus memenuhi akreditasi dalam waktu 2 tahun
hasil reuiv kelas tadi itu adalah digunakan untuk melakukan perubahan kontrak, maka saat perubahan kontrak itu adalah berubah, yang tadinya C misalnya turun ke D atau dan B turun ke C	reuiiv kelas untuk menentukan naik atau turunnya kelas
...itu terkait dengan kepemilikan dan kepengawasan lalu reuiv kelas sama hasil reuiv ini adalah telah berdasarkan laporan BPJS diperkenalkan oleh badan BPJS untuk melakukan penyusunan kontrak pengaturan lebih lanjut, ini yang 373 kedepan pasti akan kita lakukan perubahan pak,...	akan dilakukan perubahan PMK 373 untuk reuiv kelas

Peraturan Menteri Kesehatan 56 dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 memang ada perbedaan. Maka kita pasti akan melakukan perubahan, bagaimana untuk yang Peraturan Menteri Kesehatan yang 56 akan tetap mengacu kepada saat ini yang ada di 373 maka ke depan kita akan mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 ini,	revisi kelas nantinya mengacu pada PMK 30
Rumah sakit kelas C yang telah memiliki izin penyelenggaraan pelayanan kesehatan tertentu masih dapat memberikan pelayanan sampai dengan 10 tahun, karena kami juga berpikir ada beberapa jenis alat tertentu yang investasinya luar biasa mahal.	rumah sakit kelas C yang telah memiliki izin penyelenggaraan pelayanan tertentu dapat memberikan pelayanannya sampai 10 tahun
Nah ini tadi yang selalu banyak masalah itu dianggap masalah di lapangan, pak kalau HD ini bagaimana? sudahlah nanti tunggu bagaimana 812, kalau 812 itu tidak diubah ya sudah pelayanan HD ya seperti ini ya.	menunggu PMK 812 di revisi
... Maksudnya peta di lapangan adalah begini, bagaimana masyarakat untuk akses terhadap pelayanan HD tadi.	pemetaan untuk pasien hemodialisa terhadap pelayanan
... ketersediaan tenaga yang ada kalau saat ini kan sebenarnya langsung dilakukan oleh spesialis KGH, tapi dia dalam melakukan supervisi. Mungkin kalau misal nya terus akan kita lakukan seperti itu tetapi mutu dan pasien safety tetap harus dijaga.	pasien safety untuk pasien hemodialisa harus dijaga
Pemerintahan punya kepentingan, bagaimana untuk mutu layanan dan pasien safety tadi, jadi itu 2 tadi yang kita lakukan.	mutu layanan dan pasien safety menjadi target pemerintah
... banyak pelaku usaha dibidang perumahsakitkan rata-rata ketika mereka investasi tidak pernah berpikir investasi SDM.	pentingnya investasi SDM bagi pelaku usaha dibidang perumahsakitkan
kalau misal nya ini adalah kita tiba-tiba-pokeke gitu, itu pasti akan kesulitan, pasti akan kesulitan, maka khusus untuk ini kita berikan waktu sampai dengan 4 tahun kedepan.	waktu penetapan pegawai tetap adalah 4 tahun
Ada gak disini yang Delanggu? ngacung-ngacung, ya saya lihat bersih, bagus ya, ya Alhamdulillah jadi kita mendukung sekali pertumbuhan Rumah Sakit Swastanya	rumah sakit delanggu bersih dan bagus
Baik kita mau meretui Permenkes ini kita memang melihat data-data dari organisasi profesi, ya artinya undang-undang pun kita telah secara seksama dan ini proses yang gak cuma setahun, kami melakukan revisi ini prosesnya 4 tahun dan paling enggak sebelum mengeluarkan juga bermotif sebelum mengeluarkan juga itu sangat hati-hati sekali dilihat pasal-pasal ya.	perancangan PMK 30 melalui proses yang panjang
Baik beberapa yang kami harapkan sistem rujukan itu membutuhkan kepastian, artinya masyarakat juga butuh kepastian, apa sih yang bisa dilakukan pelayanannya terhadap rumah sakit bapa ibu semua ya.	sistem rujukan membutuhkan kepastian agar lebih baik
Dampak BPJS kesehatan ke kami resmi tiga kali dalam setahun kemarin itu menyampaikan 100 dari dari 2800, hanya 14% yang sesuai standar.	berdasarkan PMK 56 rumah sakit yang sesuai standar sedikit
sesuai dengan Permenkes 56 ya dan kelas A kami juga di anggap hampir 70% itu tidak sesuai kelasnya, Oleh karena itu beberapa keluhan juga dimasyarakat terjadi ya, beberapa pelayanan kesehatan hemodialisa kemudian pelayanan di Rumah Sakit yang tidak menggambarkan sesuai dengan kompetensinya.	berdasarkan PMK 56 rumah sakit tidak sesuai kelasnya banyak terdapat keluhan masyarakat terkait pelayanan hemodialisa
Nah kami harapkan undang-undang rumah sakit juga menetapkan, dan di undang-undang rumah sakit juga menetapkan bahwa subspecialis di rumah sakit kelas A.	harapan Kemenkes untuk subspecialis di rumah sakit tipe A
kemudian undang-undang rumah sakit juga mengharapkan bahwa SDM subspecialis itu berada ditempatnya, artinya spesialis itu kelas A, kelas B dan rumah sakit khusus sesuai dengan undang-undang, tapi kami berikan excuse di rumah sakit ibu dan anak kelas C, kami menetapkan di situ pelayanannya, pelayanan yang subspecialisnya plus minus,	harapan Kemenkes untuk subspecialis sesuai dengan undang-undang
Ya, karena sistrute ini akan menjadi pilihan yang rukuk merujuk, ataupun rukuk baliknya di aplikasi tersebut, dan sudah berbasis kompetensi.	sistrute menjadi pilihan rujukan
Hari ini kami integrasi sistrute dengan Rujol, sudah berlangsung di pusat, 1 November akan launching sehingga kalau bapak ibu ngak instal sistrute di rumah sakitnya enggak dapat pasien ya seperti itu.	tidak akan mendapatkan pasien jika tidak menggunakan sistrute
Nah ini distribusi SDM kami sampaikan... jadi ada masih ada 6 rumah sakit yang kurang dokternya sebanyak 15 dokter untuk spesialis mata.	tenaga dokter spesialis mata masih kurang
Tadi pertanyaan yang dari belakang, kenapa sih batas maksimal itu ditetapkan? Ya karena ini, distribusinya dokter belum merata.	batas maksimal pegawai agar distribusi merata
...sedangkan di kelas A, kelas B itu masih butuh, masih kurang dokter spesialisnya, padahal masyarakat butuh kepastian untuk merujuk pasien yang memang kasusnya membutuhkan subspecialistik harusnya selesai di kelas A kelas B,	tenaga dokter spesialis dan subspecialis masih kurang
jadi kelas A ini masih kurangnya banyak sekali dokter-dokter, bahkan dokter-dokter medik lain itu yang masih banyak yang kurang ini dokter jantung aja dari 4 rumah sakit masih kurang 8 dokter jantung di kelas A.	tenaga dokter jantung masih kurang
kemarin bapak ibu semua tertolong dengan standar minimalnya 75% kalau 90% aja dari 100% habis semua, data BPJS itu hanya 14% yang lulus, ya itu udah kami turunkan lagi, dan ini juga manajer kami bu direktur kami yang 30 ini masih mau diturunkan, kalau saya bilang bu ini standarnya udah minimal, mau diturunkan lagi kami di suruh exercise dengan PKM UGM untuk menetapkan lagi dari standar minimal dilampiran yang bapak ibu lihat tadi.	presentase jumlah rumah sakit yang lulus standar PMK 30 kecil
Baru 99.9% dia lulus, artinya ini udah minimal sekali, boleh dicek ya, kita udah exercise ya jadi ini minimal sekali, ya mudah-mudahan dengan regulasi ini kita mengharapkan memang pembinaan pengawasan dari pelaku-pelaku rumah sakit jadi jangan cuma sekedar investasi infrastruktur, investasi SDM misalkan,	presentase jumlah rumah sakit yang lulus standar PMK 30 kecil
Rumah Sakit kelas B itu sekitar 425, dari 425 Rumah Sakit ada 154 rumah sakit yang kebutuhan dokternya kalau dilihat jumlah dokternya 280 berarti satu rumah sakit bisa kurangnya berapa? 22.	kekurangan kebutuhan dokter masih besar
Nah sedangkan di kelas C gemuk sekali pilihannya lengkap, paket lengkap dengan harga murah, BPJS mau bayar nggak? mau,	di distribusi dokter tidak merata
... jadi masih ada nih waktu 4 tahun menghire tenaga tetap ya, lihat tu bu direktur, pak karut baik banget, bu Menteri baik sekali, boleh 4 tahun lagi, tadi setelah 4 tahun tenaga tetap, jadi hire dokternya dikasih uang dukuk yang tinggi untuk memenuhi standar minimal,	ada waktu 4 tahun untuk mengatur pegawai tetap
kalau mau gemuk pilih naik kelas, mau hemodialisa pilih naik kelas,	
lihat kelas B aja masih banyak dari 425 rumah sakit itu 263-nya masih membutuhkan dokter spesialis paru.	rumah sakit kelas B kekurangan spesialis dan subspecialis paru
di kelas C masih ada 154 Rumah Sakit kurang spesialis penyakit dalam-nya 154 dokter, belum kita tambahkan yang B dan A.	rumah sakit kelas C, B dan A kekurangan spesialis dalam
Kalau bapak ibu, percaya saya penuh SDM-nya karena kalau swasta biasanya fee-nya lebih besar dibanding RSUD, betul kan berani bayar.	SDM di rumah sakit swasta lebih banyak daripada negeri
... kalau permasalahan yang pertama itu bukan rumah sakitnya yang kehilangan, tapi pendidikan spesialisnya yang dilonggar supaya produksinya banyak. Jadi produk dokternya yang dibanyakan...	membangunkan pendidikan spesialis agar tidak kekurangan dokter

Permenkes 56 yang terus terang Permenkes 56 ini kalau kita teliti lebih lanjut adalah tidak sesuai dengan kondisi saat ini.	Permenkes 56 tidak sesuai dengan kondisi saat ini
coba lihat lampiran, memang ada subspecialis mata, memang ada subspecialis THT, subspecialis saraf, coba itu diperhatikan kembali di Permenkes 56,	Permenkes 56 tidak sesuai dengan kondisi saat ini
...Nah kita lihat, kita sama-sama enggak, menganalisis, yah memang yang sekarang kondisinya itu enggak sesuai, hanya kebutuhan ini suka dikaitkan,	Permenkes 56 tidak sesuai dengan kondisi saat ini
oh karna BPJS bangkrut sehingga dikeluarkan Permenkes ini, tidak, terus terang ini kami menelaah hampir 2,5 tahun lebih.	anggapan BPJS bangkrut, penelaahan cukup panjang terkait PMK 30
saya melihat itu tadi bahwa Permenkes yang dulu yang 56 ini betul-betul oh gak ada orangnya kok dipasangkan, sampai saya kalo bercanda sama teman-teman baik IDI, dengan teman-teman organisasi profesi, saya bilang ini saya isinya demit ini, loh gak ada kok di ada-adakan, memang ada subspecialis mata?	Permenkes 56 tidak sesuai dengan kondisi saat ini
ada enggak nama subspecialis mata, enggak ada, itu permasalahannya. Jadi selama ini kita memakai sesuatu yang jalannya juga jadi enggak benar gitu...	Permenkes 56 tidak sesuai dengan kondisi saat ini
...nah bagi kelas A jangan merujuk lagi karena enggak ada SDM gitu...	rumah sakit kelas A adalah puncak dari sistem rujukan
...ayo kita lihat lagi, ini enggak bisa begini begini begini, tapi berdasarkan data, jadi kita tidak asal membuat regulasi.	PMK 30 dibuat berdasarkan data
pertumbuhan Rumah Sakit itu luar biasa, saya itu dulu maaf ya BPJS kondisi keuangannya seperti ini saya punya data kami punya RS online karna mereka itu selalu mendaftarkan di RS online itu 10 perbulan, luar biasa ini saya katakan, ini seratus perbulan ini tenaganya dimana wong lulusannya itu itu aja kok.	pertumbuhan rumah sakit sangat pesat, rumah sakit keluaran SDM
...kami mendesak center-center pendidikan untuk segera meluluskan, memproduksi, tapi apa yang terjadi? gak ada, gimana	kementerian kesehatan mendesak center-center pendidikan memproduksi dokter spesialis dan subspecialis
Bahkan ya maaf-maaf aja yang banyak Universitas besar yang menghasilkan Fakultas Kedokteran yang menghasilkan Rumah Sakit yang dua buah turun, akreditasi Lampetেকেসnya padahal sekarang Lampetেকেস penting sekali untuk kualitas jurusan, kita jangan bicara dulu ya dokter umum, kita bicara dokter spesialis aja itu BPJS itu Lampetেকেস itu benar-bener menerapkan standar. Apa yang terjadi? obatnya turun, alat rusak gak beli, tenaganya dosennya kemana-mana, itu tadi dosen luar biasa diluar juga biasa, ini kemudian, ini tidak bisa kita pungkiri pak.	banyak Universitas besar yang standarnya kurang bagus
saling tumpang tindih lagi, karna apa? tidak ada batas maksimal, kompetensinya levelnya enggak jelas, apa yang terjadi? sistem rujukannya enggak benar.	tidak ada batas maksimal membuat sistem rujukan tidak benar
disitu ada subspecialis di kelas D, buka selebar-lebarnya di kelas D ada subspecialis, sudah, rujukannya dia dikunci saja dikelas D aja bisa kok, ngapain saya mesti ke kelas A, kelas A kelas B kosong.	penempatan subspecialis tidak tepat, sistem rujukan tertahan dikelas D
Saya pernah lihat di kelas B umum duduk beberapa orang pasien, lah ini rumah sakit pendidikan kayak begini, nanti mahasiswa partus selampang pandang, apa? partus pandangan saja, pakek video. Enggak bisa dia praktek, enggak ada pasien, nah ini enggak pernah dipikirkan	rumah sakit pendidikan kelas B kekurangan pasien
PKU Muhammadiyah sudah banyak yang jadi rumah sakit pendidikan saya beri penetapan klasifikasi pendidikan, kalau sampe kelas B dia enggak punya pasien bagaimana mendidik mahasiswa?	keterbatasan pasien menjadi masalah bagi rumah sakit pendidikan dalam mendidik
jadi kenapa kita menciptakan latar belakang ini supaya pemerataan SDM, SDM-nya berkualitas, sesuai kompetensi yang ada dikelas yang betul-betul sesuai.	PMK 30 dibuat untuk meratakan SDM di rumah sakit
Sesuai peraturan perundang-undangan rumah sakit, itu yang kami mau, itu yang teman-teman memahami organisasi profesi yang mau, karna ya itu kita sudah menyadari kondisinya itu kapan lagi enggak kita atur gitu.	PMK 30 sebagai kesempatan untuk mengatur rumah sakit lebih baik
...tapi begitu sudah tertata habis ini 001 yang untuk rujukan akan keluar, sehingga kita sudah tau jenjangnya.	PMK 001 akan keluar untuk rujukan berjenjang
Oh begitu dari FKPT algoritmenya ini harus ke kelas B, buka kelas B rumah sakit mana saja yang terdekat oleh pasien itu, karna spesialisnya ada disitu, alaynya ada disitu, itu maksudnya	sistem rujukan akan memudahkan pasien mencari rumah sakit sesuai kebutuhannya
Oh ini CA dengan stadium hampir 4 ya, 3C lah 3B, kemudian dibuka kelas A yang ada komplit tim onkolognya, jadi enggak perlu lagi ke kelas D.	sistem rujukan akan memudahkan pasien mencari rumah sakit sesuai kebutuhannya
Oh disitu hanya maaf satu orang ahli apa gitu, oh saya enggak bisa lagi ini harus naik lagi, lha pasiennya disuruh window shopping, akhirnya apa? pembiayaan lagi.	saat ini sistem rujukan pasien harus melewati beberapa rumah sakit
Saya kira itu pak, jadi kita mesti tau filosofinya dulu, supaya teman-teman memahami, memang tidak gampang memahami dari Permenkes ini, tapi kita pelan-pelan...	tidak mudah untuk memahami PMK 30
...kita harus kelas A ini memang benar-benar optimal, level kompetensinya optimal, jangan sampai kelas A itu merujuk lagi karna tidak ada SDM, nah itu ya.	rumah sakit kelas A pelayanannya harus optimal
...pada prakteknya sekarang dokter spesialis itu masih punya 3 SIP bu, itu kan boros jadi artinya banyak dokter spesialis yang kelebihan SIP, dan mereka kan ingin memanfaatkan SIP itu semaksimal mungkin. Jadi kalau aturan SIP masih seperti ini kan nggak sinkron bu,	aturan SIP masih belum jelas
...jika kita melihat dari PMK 30 sebenarnya ketika kita tidak dengan kondisi yang saat ini ketika rumah sakit tersebut tipe D maupun tipe C bisa melayani yang mungkin subspecialis seperti itu, sebenarnya itu bisa membantu BPJS untuk apa? menurunkan tarif, daripada itu bisa dilakukan di tipe yang lebih atas, sehingga itu tadi pasti akan lebih mahal.	jika subspecialis bisa di rumah sakit D dan C akan membantu pengeluaran BPJS
...kami juga rumah sakit tipe C gemuk sekarang sedang bingung mau tipe C tetap atau mau tipe B.	PKU bantu bingung menentukan akan tetap atau naik kelas
Kalau tipe B yang kami pekat banyak bu, dokter spesialisnya sekitar 12 orang belum tenaga lain apotekernya juga nanti harus kita pekat bu,	dampak PMK 30 banyak tenaga kerja yang harus dipekat
Kalau misalnya satu single tarif oke, BPJS tidak memakai berjenjang itu akan beres kita akan jadi tipe B dengan nyaman.	PKU bantu menilai single tarif menjadi solusi sistem rujukan
Apakah kami nanti ditanggung kerugiannya? Misalnya kami usul ada pasal Adendum bahwa semua akses negatif akibat pemberlakuan Permenkes ini akan ditanggung oleh BPJS, karna pesangonnya banyak e buk, pesangonnya banyak sekali itu kalau harus kami keluarkan karna kami harus memecat dokter-dokter itu,	usulan semua efek negatif yang ditimbulkan PMK 30 ditanggung BPJS
...izin tadi itu mereka harus mengacunya masih tetap pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 56 dan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 26 tentang izin yang melalui proses tadi	proses izin yang sedang berjalan sebelum PMK 30 berlaku maka izinnnya mengacu pada PMK sebelumnya
terkait dengan masalah dokter tetap, dokter tetap itu tadi harus segera kita buatkan saja apakah itu berbentuk surat edaran atau masuk kedalam petunjuk teknis yang juga saat ini sedang digodong, untuk meperjelas, mempertegas, bagaimana peraturan-peraturan atau norma-norma didalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 ini.	petunjuk teknis dokter tetap akan segera dikeluarkan
...didalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 juga dinyatakan disana, pegawai tetap adalah pegawai yang purnawaktu.	pengertian pegawai tetap sudah ada di PMK 30
Sebenarnya azas umum yang kita gunakan adalah begini, pegawai tetap itu kalau didalam undang-undang nomor 13 2003...	azas umum pegawai tetap ada pada undang-undang nomor 13 2003

...mestinya maknanya untuk memperkuat tadi itu adalah pegawai atau dokter tadi itu harus ditetapkan oleh keputusan Direksi bahwa ini sebagai pegawai kita.	pengangkatan direksi memperkuat status pegawai tetap
PMK 30 tidak mengatur yang dimaksud purna waktu apakah 3 jam, 6 jam, 7 jam, 8 jam. Rumah sakit Muhammadiyah menginginkan kalau bisa purna waktu itu adalah 3 jam, jadi monggo bagaimana ini pak?	rumah sakit Muhammadiyah meminta pengertian purna waktu
tadi sudah saya sampaikan kalo terkait masalah purna waktu itu kita akan tunduk pada undang-undang ketenaga kerjaan gitu ya.	purna waktu tunduk pada undang-undang ketenaga kerjaan
Di dalam Peraturan Peralihan itu kan dikasih batas waktu 4 tahun berbeda dengan penyesuaian secara umum 1 tahun, khusus untuk pegawai tetap itu kita beri waktu sampai dengan 4 tahun.	penyesuaian secara umum dan pegawai tetap sudah di atur dalam PMK 30
Karna ini teman-teman Muhammadiyah kan antusiasnya kepingin naik kelas dan lain-lain tetapi terbentur oleh sebagai dokter tetap tadi.	kenaikan kelas terbentur oleh syarat dokter tetap
...itu sebenarnya peraturan itu adalah logic gak sih gitu, ketika peraturan itu adalah ndak logic sebenarnya peraturan itu tidak juga bener itu yang kata sederhananya untuk menguji dari pandangan atau hal yang umum tadi.	ada pendapat tidak logis terhadap PMK 30
Tetapi untuk yang khusus adalah kita tetap dalam satu kesatuan negara hukum gitu maka tidak boleh mestinya satu peraturanpun yang bertabrakan dengan yang lain...	peraturan satu dan lain tidak boleh bertentangan
Persoalan dipagi hari 3 jam, terus nanti jam sampai jam 9 misalnya di Rumah Sakit yang tetap tadi lalu yang jam 10 jam 12 di Rumah Sakit lain jam 1 jam 3 begitu jam 5 sampe jam 9 terus kembali lagi kesitu kan jadi persoalan juga. Karna memang apa, didalam Undang-undang praktek kedokteran boleh 3 tempat praktek tadi, tapi bagaimana 7 jam dalam sehari itu terpenuhi.	berkerja pada lebih dari 1 rumah sakit menimbulkan persoalan
kalau kita mengacu undang-undang ketenaga kerjaan 7 jam ini dokter-dokter anastesi, dokter obsgin itu mungkin tidak 7 jam lagi pak bisa 12 sampai 28 jam gitu, a itu kan fleksibilitas yang tidak mengacu undang-undang tenaga kerja,	jam kerja dokter anastesi dan obsgin tinggi
...oh dia sudah full timer disini kenapa gak dikasih SK Direktur itu tandanya nanti pas kalo kita visitasi oh memang ini pegawai tetap. Kenapa enggak pakai SK Direktur? orang dia sudah tiap hari full timer disini.	SK direktur menentukan status kepegawaian
Mungkinkah seorang dokter anastesi ditempatkan PKU kami yang berkerja 40 jam dalam 1 minggu dan kami beri SK dan juga kami beri gaji pokok juga mendapatkan hal yang sama di Rumah Sakit Muhammadiyah lain dengan ketentuan 40 jam, 7 jam sehari dan dapat gaji pokok secara sah,	rumah sakit muhammadiyah saling berbagi dokter
Sebetulnya ini adalah juga kepentingannya bagi Rumah Sakit juga, supaya dokter itu maaf gak lari sana lari sini, coba kalau sampai 4 tempat dia lari sana lari sini, baru ini dipanggil kode blue disana, lari lagi.	status kepegawaian penting bagi rumah sakit
Nah intinya, intinya ini adalah patient safety pak, itu sih sebetulnya pasien safety.	status kepegawaian mempengaruhi pasien safety
Jadi nanti kalau ada yang dirugikan dari komplek pasien kan Rumah Sakit bapak ibu juga yang dirugikan, jadi bukan karna gini bapak ngampil pegawai tapi pegawai dokter tetap sana, dokter tetap sana, dokter tetap sana gitu.	status kepegawaian penting bagi rumah sakit
Yang ingin sampaikan begini bu, kami ini di Muhammadiyah jadi sangat konsen dengan pemetaan sumber daya manusia hanya yang jadi problem ketika PMK ini diperlakukan seketika.	PMK 30 menjadi masalah bagi Muhammadiyah terhadap pemetaan sumber daya manusia
kami menyekolahkan bareng-bareng si dokter ini 1 atau 2 atau bahkan 3 Rumah Sakit menyekolahkan berur bareng-bareng, pada kasus ini kalau tnyaannya tadi adalah tentang undang-undang ketenaga kerjaan, kan masih sangat mungkin dia berkerja, kepemilikannya juga kepemilikan Muhammadiyah.	rumah sakit muhammadiyah saling berbagi dokter
Ini kejadian pada kasus anastesi bu, karna kabupaten kami seorang dokter anastesi itu hanya ada 4. Dari 16 Rumah Sakit, 4 itu 2 dimiliki oleh Muhammadiyah dan 2 dimiliki oleh Instansi negeri.	rumah sakit kekurangan dokter anastesi
Karna kami tau pak dokter anastesi ini sangat kurang, itu kembali lagi kenapa kelas C itu tidak kita positifkan untuk anastesi, untuk kebidanan, untuk bedah.	solusi dokter anastesi kurang adalah dengan meniadakan pelayanan anastesi di rumah sakit tipe D dan C
Nah inilah yang terjadi, karna anastesi itu jumlahnya kurang, sangat kurang. Dia lari sana lari sini, begitu mau intubasi dia tidak nungguin, dia lari lagi nah ini.	standar pelayanan anastesi tidak terlaksana karna jumlah dokter anastesi kurang
...harus coba kaji agak mendalam karna ini menaik kalau menurut saya,...	perlu kajian mendalam terkait rumah sakit Muhammadiyah
...karna Muhammadiyah ini kan memang agak punya karakteristik tersendiri dibanding Rumah Sakit yang lain.	Muhammadiyah memiliki karakteristik sendiri
Kalau asumsi saya itu betul, maka ada 12 rumah sakit yang tidak akan mendapatkan dokter tetap anastesi.	rumah sakit kekurangan dokter anastesi
ini yang maksud saya nanti ketika kita membuat petunjuk teknis bagaimana ini pegawai tetap kita harus betul-betul simulasikan agar jangan sampai begini lo. Oke ini 4 tahun gitu tetapi ketika produksinya seperti ini terus jangan-jangan sampe 4 tahun juga tidak akan bisa terpenuhi itu yang pegawai tetap gitu.	sebelum membuat petunjuk teknis perlu adanya simulasi
ini yang mesti harus kita banyak mencoba mensimulasikan dilapangan, bagaimana sih dilingkungan atau Muhammadiyah ini bagaimana nanti di tempat lain,	sebelum membuat petunjuk teknis perlu adanya simulasi
Paling krusial itu soal subspecialis penunjang, misal kayak patologi, karna patologi itu di Kabupaten Kebumen hanya ada 3, 2 dimiliki oleh rumah sakit Muhammadiyah sebagai full timer dan 1 dimiliki oleh Rumah Sakit Negeri dari 16. Sementara Tipe C dan tipe B ya terbanyak hanya ada tipe C saja, B belum ada.	rumah sakit kekurangan subspecialis penunjang
...ketika kami misalnya di Muhammadiyah menginginkan karna kami itu C sudah teramat gemuk tapi ketika disisir dengan adanya batasan harus ada 4 fulltimer pada 4 layanan dasar, 8 fulltimer dan layanan lain yang isinya juga tidak 1 kemudian 4 dari layanan penunjang juga isinya tidak 1, rasarasanya akan sulit ya secara ininya,	batasan menghambat rumah sakit Muhammadiyah untuk naik kelas
Kita ini luar biasa ya itu tadi orang membangun Rumah Sakit tapi tidak melihat kelangkaan dari SDM, terus terang aja	tidak adanya pengkajian SDM sebelum membangun rumah sakit
Dan ini sangat terjadi, di Jakarta yang sudah begitu banyak selalu alasannya oh sistem rujukannya, cari ICU susah, cari Rumah Sakit susah la sistem rujukannya yang enggak bener.	sistem rujukan belum benar
Sistem yang harus dibenahi tapi bukan kita membangun infra struktur sementara SDM tidak pernah terbangun...	perlu pembenahan sistem bukan infrastruktur
Apalagi untuk analisisnya yaitu jumlah penduduk Jawa Tengah, DKI, Denpasar, Batam itu sudah kelebihan Rumah Sakit terus terang aja, karna kita 1 banding 1.000 itulah gimana solusinya.	beberapa daerah di Indonesia sudah kelebihan rumah sakit
Dokter umum ini berlebih justru 12.000 pertahun lo...	tamatan dokter umum sangat banyak pertahunnya
...nah ini yang kita dorong untuk sekolah dan dia memang kadang-kadang susah juga masuk sekolah, iya memang bener karna satu harus bayar sendiri, kedua masuk pun juga susah, nah kami dorong center-center pendidikan kemaren kita ketemu	perlu dorongan untuk melanjutkan sekolah, banyak hambatan untuk melanjutkan sekolah
rumah sakit itu kan sekarang ada klinik pratama ada puskesmas, puskesmas aja banyak yang belum terisi oleh dokter umum...	puskesmas banyak yang belum terisi oleh dokter umum

Karna selama ini kenapa sih kita selalu di blaming orang maunya berobat enak, orang maunya berobat ke luar negeri, memang kita selalu marah enggak semua kayak gitu, rumah sakit enggak seperti itu tapi kenyataan.	citra rumah sakit di Indonesia jelek
karna dokternya lari sana lari sini tadi contohnya anastesi, jarang sekali saya bilang jarang ya yang bener-bener nunggu sampai operasi selesai itu ada yang begitu ada sih...	dokter tidak bekerja sesuai standar
...disebut rumah sakit kami aja kenapa kami sesuaikan jumlah O K dengan dokter anastesi yang ada di tempat kami, karna kami enggak mau dia baru intubasi disini lalu ke O K sebelumnya itu baru dalam 1 rumah sakit lo itu.	dokter tidak bekerja sesuai standar
Kan tad Company katanya, dengan oh ini yang satu belum punya dokter tetap, kasih ke satunya sebagai dokter tetap disitu kan bisa diatur gitu, kan masa transisi lagi.	perlu saling membantu dalam pemenuhan SDM satu sama lain
Pertanyaanya sekarang dibalik, kalau pasiennya sedikit apakah harus menetapkan penyakit dalam 4? dr. Slamet: 4, itu tad dokter tetap kan 4 minimal itu harus di penuhi kan? dr. Hesti: Iya dr. Slamet: Tapi pasiennya sedikit?	pasien sedikit menimbulkan masalah penetapan jenis layanan
... justru kami akan ngatur itu buat kelas A kenapa kayak begini gak kayak sekarang ini, justru tadi supaya teman-teman yang di kelas A, kelas B mendapatkan pasien.	PMK 30 mengatur agar rumah sakit kelas A dan B mendapatkan pasien
B pun itu kan akan di atur dalam sistem rujukan, sistem rujukan itu 001 itu nanti kami yang atur pak udah diperbaiki...	PMK 001 sudah diperbaiki
... karna batasnya dan ada kemudu maksimal sehingga kan kita sudah diskusi di internal Muhammadiyah, karna kami dari D akan berubah ke C, atau dari C akan berubah ke B dengan PR kami, kami tidak bisa nyicil.	amal usaha kesehatan Muhammadiyah sekarang tidak bisa menyicil untuk menaikkan kelas rumah sakitnya
... selama ini PKU Muhammadiyah kalau mau naik kelas itu selalu nyicil. Karna Rumah Sakit PKU Muhammadiyah itu di bangun atas dasar Dzakat, infaq, shodaqoh, dan waqaf.	amal usaha kesehatan Muhammadiyah sekarang tidak bisa menyicil untuk menaikkan kelas rumah sakitnya
... aturan Permenkes 30 ini tidak bisa nyicil lagi pak Sundoyo, jadi dari awal kita merancang ini mau tipe C, tipe B atau tipe A, tidak bisa nyicil sehingga saya tambah spesialis, nanti ada duit lagi nambah lagi kalau memenuhi syarat naik ke tipe B, sekarang tertutup Muhammadiyah tidak bisa melakukan cicilan ya.	amal usaha kesehatan Muhammadiyah sekarang tidak bisa menyicil untuk menaikkan kelas rumah sakitnya
... rumah sakit kami ini Rumah sakit nirlaba menolong kaum diuafa 100% uangnya tidak digunakan untuk bagi-bagi tapi dengan untuk masalah umat	rumah sakit Muhammadiyah adalah rumah sakit nirlaba
Kalau Rumah Sakit pemerintah itu kan dibantu dengan uang pajak bu melalui APBN sama APED sedangkan kami tidak...	rumah sakit Muhammadiyah adalah rumah sakit nirlaba tanpa bantuan pemerintah
Beda bu, jadi kita itu untuk maslahatnya itu kan mulai dari panti yatim piatu, mulai dari TK semua kita gerakan tanpa sepeserpun dari pemerintah sedangkan di rumah sakit swasta dia betul-betul profit dan pasti kan ada keuntungan, kalau di Muhammadiyah keuntungannya adalah untuk kemaslahatan umat, tapi kalau di swasta pasti dibagi dalam bentuk saham karna itu berbentuk PT,	Muhammadiyah tidak hanya bergerak di rumah sakit
rumah sakit Muhammadiyah sampai H-1 kiamat tetap atas nama Muhammadiyah bu, tidak atas nama orang sama orang jadi tolong mohon ada perlakuan khusus	
...itu saja tu SDM-nya enggak ada kami sudah mendorong, ya sekarang kita optimalkan dulu yang ada ini, ya mohon maaf kita penuhi dulu SDM-nya gitu.	rumah sakit perlu usaha dalam pemenuhan SDM
Ya soalnya yang punya nirlaba terus terang kan bukan hanya Muhammadiyah ya mohon maaf yang Kristen ada, nanti minta istimewa semua tapi semuanya BPJS ya susah kita gitu lo kan itu pakai biaya BPJS semua jadi kan seperti itu.	yang punya nirlaba tidak hanya Muhammadiyah
... pasien itu mendapatkan pelayanan yang optimal, bukan mendapatkan pelayanan dokter yang lari sana lari sini akhirnya kita di komplain dan dikomplain sampe Kemkes gitu lo.	banyak komplain rumah sakit sampai ke Kemkes
100 dari seluruh rumah sakit Muhammadiyah Aisiyyah harus ada kepastian, satu mengenai dokter tetap itu perlakuan khususlah untuk rumah sakit nirlaba dengan resiko rumah sakit nirlaba tidak hanya Muhammadiyah dong, ada rumah sakit Kristen.	perlu adanya kekhususan bagi rumah sakit nirlaba
terkait yang mereka berlebih tapi untuk yang naik kelas tidak bisa sehingga akan diberhentikan dokter tersebut, kalau misalnya militer lebih ditempatkan dimana-mana selesai, ini kan menyangkut geografis menyangkut keluarga menyangkut kepegawaian itu kan tidak memungkinkan apakah ini harus diberhentikan	banyak pertimbangan dalam memecat dokter
... mengenai dialisis kita ada 500 lebih mesin dialisis di rumah sakit tipe D dan C itu kita harus ada jalan keluarnya	rumah sakit D dan C Muhammadiyah memiliki 500 lebih mesin hemodialisa
... kita ingin tau sebenarnya bagaimana sih kira-kira Peraturan Menteri Kesehatan no 30 ini ada enggak hal-hal tertentu yang tidak mampu laksana, dapatnya itu dari siapa? ya dari forum ini...	forum MPKU berguna sebagai informasi dalam menjal PMK 30
Tapi kami pastikan kembali bahwa sepanjang 812 itu adalah belum dicabut atau belum dilakukan perubahan maka pelayanan dialisis adalah mengacu pada 812	hemodialisa masih mengacu pada PMK 812
... ini hal yang akan kita coba ramu untuk melakukan atau bahkan perubahan dari Peraturan Menteri Kesehatan nomor 812 tahun 2010.	perlu adanya perubahan pada PMK 813
... hal-hal yang tadi bisa tidak begitu tadi itu bisa kita masukan nanti kedalam peraturan yang petunjuk teknis tadi, ada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 ini mampu terlaksana.	petunjuk teknis berfungsi aga PMK 30 terlaksana
... memang kelihatannya harus segera dikeluarkan pedoman teknis untuk mengimplementasikan ini sekaligus menampung bagaimana kondisi yang ada di lapangan ini.	petunjuk teknis harus segera dikeluarkan
... ini yang maksud saya kita harus gali lebih dalam kita mencoba untuk petunjuk teknisnya ini bagaimana mengimplementasikan terhadap hal-hal yang ini tidak mungkin dengan ketersediaan tenaga yang tadi disampaikan...	simulasi diperlukan dalam menyusun petunjuk teknis
Karna dari sisi sebaran dan apa yang tadi disampaikan oleh teman-teman kondisi lapangan ini kan harus kita coba, maksud saya itu gini bagaimana teori-teoritis dengan implementasi atau kondisi lapangan kan harus ada titik temu gitu untuk implementasi...	simulasi diperlukan dalam pengimplementasian PMK 30
... 812 itu 4 mesin 3 perawat terus terang aja saya lihat sendiri ada enggak yang begitu? kalau kita mau standar bener-bener, jarang udah deh yang di ruko-ruko itu apalagi terus terang aja.	standar hemodialisa tidak terpenuhi
Ini hal yang kami akan tertibkan standar itu udah hal bagaimana terlaksana tapi akses itu terpenuhi contoh 4 mesin 2 perawat tap DPJP-nya plus harus onsest,...	perlu memperbaiki standar hemodialisa
lah wong ini beresiko kok jangan nanti kalau ada yang meninggal enggak bisa resusitasi RJP bilangnya yah sudah saanya, kontraknya sudah habis, udah di HD berapa kali ya jangan begitu, karna seringnya seperti itu, ini terjadi dan itu banyak banget laporan ke kami.	standar hemodialisa tidak terpenuhi
kita perbaiki standarnya, berarti oh standarnya ada yang tidak mampu laksana, oh standar itu memang ada yang tidak memenuhi sehingga kejadian seperti ini,	perlu memperbaiki standar dialisis
Sekarang ini yang terjadi subspecialis mensurvevisi 10 tempat HD, betul pak? nah saya tanya datang enggak?...	standar hemodialisa tidak terpenuhi
Nah inilah kalau memang dikasih ke dokter penyakit dalam karna kebutuhan ayo kita benahi penyakit dalamnya kita kasih bekal 3 bulan pelatihan kasih sertifikat, bisa dia jaga onsest gitu.	perlu memperbaiki standar hemodialisa

...kami akan surati lagi bu bahwa itu adalah bisa dokter penyakit dalam dengan pelatihan, bisa dengan KGH.	usulan hemodialisa bisa oleh dokter penyakit dalam
...kalau nanti perubahannya dibawah setahun berarti kita napas, tapi kalau misalnya perubahannya di atas 1 tahun nanti, 2 tahun nanti mohon ada surat edaran bahwa untuk pengaturan dialisa mengacu kepada 812.	surat edaran yang mengatur hemodialisa mengacu pada PMK 812
Jangan sampai BPJS ini kan kreatif sekali bu, pokoknya sangat kreatif apalagi berhubungan dengan uang jadi gitu bu.	BPJS dinilai kreatif terkait masalah uang
...jadi BPJS dengan kami Kemenkes akan membahas tentang itu tadi peralihan-peralihan yang PMK 30 ini jadi supaya mereka juga enggak kreatif, kemaren kan mereka kreatif nulis surat bahwa akan memakai kredensial.	pentingnya pertemuan membahas PMK 30
...coba untuk tampung, lalu oh ini ternyata memang tidak mampu laksana, kalau ini memang betul tidak mampu laksana maka bagaimana ini kita bisa masuk ke dalam peraturan petunjuk teknis tadi agar Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 itu mampu laksana	perlu petunjuk teknis agar PMK 30 mampu terlaksana
Jangankan 4 tahun, kalau dilihat dari bagaimana terkait dengan ketersediaan termasuk juga proyeksi lulusan jangan-jangan ini enggak...	proyeksi lulusan belum tentu memenuhi SDM beberapa tahun kedepan
...itu yang maksud saya harus dijembatani dengan peraturan yang teknis tadi, bagaimana ini untuk menterjemahkan tenaga tetap tadi ada mampu laksana	peraturan teknis mejembatani agar PMK 30 mampu terlaksana
...memang BPJS yang enggak mau bayar harusnya ada di PMK 74 tahun 2016 itu saya yang tulis bahwa rumah sakit khusus yang menyelenggarakan pelayanan diluar kekhususannya itu di bayar 1 tingkat dibawahnya.	BPJS pernah tidak membayar rumah sakit khusus
Bu Imi nanti bikin surat resmi ke DSN, ke Komkes untuk diselesaikan, kalau diruangan ini tidak bisa diselesaikan.	melayangkan surat ke Komkes solusi jika BPJS tidak membayar
...ini kan memang kita harus ngejar yang rujukan dulu karna sudah menunggu...	target utama Kementerian Kesehatan adalah sistem rujukan,
...supaya teman-teman ini yang kelas A, kelas B kosong ini supaya ya dapet pasien, berarti kan mereka menunggu.	sistem rujukan perlu dipercepat agar membantu rumah sakit A dan B mendapat pasien
Nah tentang tadi dibidang setuju enggak bahwa single tarif, sebenarnya juga bukan setuju tidak setuju tetapi harus ada kajian...	harus ada kajian mengenai single tarif

Lampiran 3.

Sistem Rujukan	Sumber Daya Manusia	Hemodialisa	Regulasi
fleksibilitas dipertahankan pada rujukan berjenjang	dampak PMK 30 banyak tenaga kerja yang harus dipecat	penempatan pelayanan hemodialisa dibatasi di rumah sakit	pelayanan spesialis banyak yang tidak boleh di tipe C dan tipe D
rujukan berjenjang bertujuan untuk memudahkan akses pelayanan kesehatan	pemenuhan tenaga dokter spesialis dinilai merepotkan	regulasi penetapan pelayanan hemodialisa masih belum jelas	pagawai tetap menjadi masalah bagi rumah sakit Muhammadiyah yang ingin naik kelas
PMK 30 solusi untuk rujukan berjenjang	mayoritas amal usaha kesehatan Muhammadiyah banyak yang sudah kelelahan dokter	pasien safety untuk pasien hemodialisa harus dijaga	PMK membuat bingung naik kelas atau tidak
sistem rujukan akan menggunakan serute	amal usaha kesehatan Muhammadiyah pusing menebalkan nasib dokter yang ada	amal usaha kesehatan Muhammadiyah sudah terlanjur investasi hemodialisis	penetapan jumlah dokter memberikan dampak pada amal usaha kesehatan Muhammadiyah
sistem rujukan akan memudahkan pasien mencari rumah sakit sesuai kebutuhannya	rumah sakit kekurangan dokter anastesi	peraturan penempatan hemodialisa membuat amal usaha kesehatan Muhammadiyah resah	batas jumlah dokter menjadi masalah bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah
PMK 001 untuk mengatur sistem rujukan	kementerian kesehatan mendesak center-center pendidikan memproduksi dokter spesialis dan subspecialis	rumah sakit tipe D dan C tidak terdapat pelayanan hemodialisa	PMK 30 menempatkan rumah sakit dalam posisi yang sulit
target utama Kementerian Kesehatan adalah sistem rujukan	amal usaha kesehatan Muhammadiyah perlu saling membantu dalam pemenuhan SDM satu sama lain	tidak ada aturan tegas terkait hemodialisa di PMK 30	amal usaha kesehatan Muhammadiyah sekarang tidak bisa menyicil kenaikan kelas
sistem rujukan perlu dipercepat agar membantu rumah sakit A dan B mendapat pasien	rumah sakit perlu usaha dalam pemenuhan SDM	mayoritas amal usaha kesehatan Muhammadiyah adalah kelas C dan D	penyesuaian PMK 30 regatif bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah
	pembatasan pelayanan menjadi solusi untuk terbatasnya SDM	MPKKU PP Muhammadiyah dan arsaMU menyiapkan langkah regulasi tentang hemodialisa	amal usaha kesehatan Muhammadiyah gundah dalam menentukan kelas
		perlu adanya regulasi penetapan pelayanan hemodialisa	perlu adanya kebiasaan bagi rumah sakit untuk lula
		menunggu PMK 312 direvisi	perlu perbaikan teknis agar PMK 30 mampu terlaksana
		bagaimana pemetaan pasien hemodialisa terkait pelayanan HD berdasarkan PMK 312	MPKKU meminta adanya waktu sosialisasi terkait PMK 30
		perlu sarat edaran yang mengatur hemodialisa mengacu pada undang-undang 812	perlu pertemuan lanjutan mengatur strategi mengenai PMK 30
			Muhammadiyah akan melakukan komunikasi terkait PMK 30
			perlu kajian mendalam terkait rumah sakit Muhammadiyah
			MPKKU akan melakukan yudisial review terkait PMK 30
			perlu adanya pengkajian sebelum melakukan yudisial review

Lampiran 4.

	Positif	Negatif	Solusi dan Strategi
Sistem rujukan	rujukan berjenjang akan memudahkan pasien dalam akses pelayanan		akan ada revisi terhadap PMK 001 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan
	sistem rujukan akan menggunakan sirsute		pengaplikasian sistem rujukan akan dipercepat untuk membantu rumah sakit tipe A dan B dalam mendapatkan pasien
	PMK 30 dinilai Kementerian Kesehatan sebagai solusi bagi sistem rujukan		Kementerian Kesehatan akan menggunakan sistem rujukan terintegrasi
	Positif	Negatif	Solusi dan Strategi
Sumber Daya Manusia		amal usaha kesehatan Muhammadiyah bingung menentukan sikap terkait pemberhentian dokter	amal usaha kesehatan Muhammadiyah perlu saling membantu dalam pemenuhan SDM satu sama lain
		beberapa rumah sakit kekurangan dokter spesialis dan subspecialis	pembatasan pelayanan menjadi solusi dari Kementerian Kesehatan untuk terbatasnya SDM
		Indonesia kekurangan center-center pendidikan untuk dokter spesialis dan subspecialis	
		dampak PMK 30 terhadap rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah adalah pemecatan tenaga kerja	
	Positif	Negatif	Solusi dan Strategi
Hemodialisa	pasien safety menjadi dasar penempatan pelayanan dialisis dibatasi	regulasi penetapan dialisis dinilai masih belum jelas	akan ada revisi terkait PMK 812 tentang penyelenggaraan pelayanan dialisis pada fasilitas pelayanan kesehatan
		Amal usaha kesehatan Muhammadiyah tipe D dan C tidak bisa melakukan pelayanan dialisis	MPKU PP Muhammadiyah meyiapkan langkah regulasi terkait PMK 812
			Penempatan Hemodialisa di rumah sakit tipe B dan A membuat amal usaha Muhammadiyah resah
	Positif	Negatif	Solusi dan Strategi
Regulasi		PMK 30 menyulitkan langkah amal usaha kesehatan Muhammadiyah dalam penentuan kelas rumah sakit	MPKU menilai perlu surat edaran mengenai teknis pelaksanaan PMK 30
		PMK 30 dinilai merugikan amal usaha kesehatan Muhammadiyah	MPKU menilai perlu adanya pertimbangan dan kekhususan bagi rumah sakit nirlaba
		amal usaha kesehatan Muhammadiyah sudah tidak bisa menyicil untuk kenaikan kelas	MPKU meminta adanya waktu sosialisasi terkait PMK 30
			MPKU menilai perlu pertemuan lanjutan untuk membahas PMK 30
			yudisial reviu akan menjadi salah satu pertimbangan MPKU

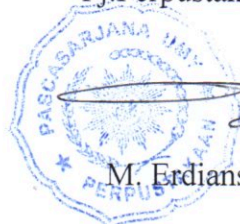

Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta menyatakan bahwa Tesis atas:

Nama : Iwan Toniro
NIM : 20151030068
Prodi : MARS
Judul : ANALISIS RENCANA IMPLEMENTASI PERMENKES NOMOR 30
TAHUN 2019 (STUDI KASUS PADA RUMAH SAKIT AMAL USAHA
KESEHATAN MUHAMMADIYAH)
Dosen Pembimbing : Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes., AAK

Telah dilakukan tes Turnitin filter 1%, dengan indeks similaritasnya sebesar 20%.

Semoga surat keterangan ini dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 3 Februari 2020
Pj.Perpustakaan Pascasarjana



M. Erdiansyah C.A., SIP.