

Rancangan
5 September 2011

RENCANA PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN TAHUN 2011 – 2025



JAKARTA, 2011

DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| Sambutan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat | i |
| Sambutan Menteri Dalam Negeri | ii |
| Sambutan Menteri Kesehatan | iii |
| DAFTAR ISI | iv |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. LATAR BELAKANG | 1 |
| B. MAKSUD DAN TUJUAN | 2 |
| C. RUANG LINGKUP DAN BATASAN | 3 |
| D. DASAR HUKUM | 3 |
| BAB II PERKEMBANGAN DAN MASALAH | 5 |
| A. PERKEMBANGAN DAN MASALAH PEMBANGUNAN KESEHATAN | 5 |
| B. PERKEMBANGAN DAN MASALAH PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN | 6 |
| C. ISU STRATEGIS PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN | 17 |
| BAB III VISI, MISI, TUJUAN, SASARAN STRATEGIS DAN STRATEGI | 20 |
| A. VISI | 20 |
| B. MISI | 20 |
| C. TUJUAN | 20 |
| D. SASARAN STRATEGIS | 21 |
| E. STRATEGI | 21 |
| BAB IV RENCANA KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN | 24 |
| A. KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN BERDASARKAN TARGET UMUR HARAPAN HIDUP | 24 |
| B. KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN BERDASARKAN STANDAR TENAGA KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN ... | 25 |
| C. PERMINTAAN TENAGA KESEHATAN DARI LUAR NEGERI | 28 |
| BAB V RENCANA PENGADAAN/PRODUKSI TENAGA KESEHATAN | 30 |
| BAB VI PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN | 30 |
| A. PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN DI DALAM NEGERI | |
| B. PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN DILUAR NEGERI | |
| BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN MUTU TENAGA KESEHATAN | 30 |
| A. PEMBINAAN TENAGA KESEHATAN | |
| B. PENGAWASAN MUTU TENAGA KESEHATAN | |
| BAB VIII PENYELENGGARAAN PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN ... | 30 |
| A. PROSES PENYELENGGARAAN RENCANA PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN | |

- B. PENYELENGGARAAN RENCANA PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN
- C. KERJASAMA INTERNASIONAL
- D. SUMBER DAYA PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN

BAB IX KEBUTUHAN PEMBIAYAAN

- A. PEMBIAYAAN UNTUK PEMENUHAN KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN
- B. PEMBIAYAAN UNTUK PENGADAAN/PRODUKSI TENAGA KESEHATAN

BAB X PENUTUP.....

KEPUSTAKAAN

DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|--|----|
| TABEL II-1 | : Distribusi Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan Berdasarkan Jenjang Pendidikan Tahun 2004 – 2008 | 9 |
| TABEL II-2 | : Gambaran Bidang Dan Jenjang Pendidikan Kesehatan Tahun 2010 | 10 |
| TABEL II-3 | : Jumlah Institusi Pendidikan (Program Studi) Tenaga Kesehatan Yang Telah Terakreditasi | 11 |
| TABEL II-4 | : Pengangkatan PNS Pusat Untuk Pengisian Kebutuhan Tenaga Kesehatan Milik Kementerian Kesehatan Tahun 2005 – 2009 | 13 |
| TABEL II-5 | : Pengangkatan Tenaga Kesehatan Melalui PTT Tahun 2005 – 2010 | 14 |
| TABEL II-6 | : Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Di DTPK Tahun 2006 – 2010 | 15 |
| TABEL IV-1 | : Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Indonesia Tahun 2014, 2019 dan 2025 | 25 |
| TABEL IV-2 | : Perkiraan Peningkatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2019 Dan 2025 | 26 |
| TABEL IV-3 | : Kebutuhan Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan Dan Pemerintah Daerah Tahun 2014, 2019 Dan 2025 .. | 26 |
| TABEL IV-4 | : Kebutuhan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Tahun 2014, 2019 Dan 2025 | 27 |
| TABEL IV-5 | : Rumah Sakit Milik TNI/Polri Menurut Kelas Tahun 2014, 2019 dan 2025 | 27 |
| TABEL IV-6 | : Kebutuhan Tenaga Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Milik TNI/Polri Tahun 2014, 2019 dan 2025 | 28 |
| TABEL IV-7 | : Perkiraan Permintaan Tenaga Kesehatan Indonesia Dari Luar Negeri Tahun 2014, 2019 Dan 2025 | 29 |
| TABEL IV-8 | : Target Hubungan Kerjasama Penempatan Tenaga Kesehatan Indonesia Ke Luar Negeri Tahun 2010 – 2025 | 29 |
| TABEL V-1 | : Kebutuhan DAN Kekurangan Tenaga Kesehatan Tahun 2014, 2019 Dan 2025 | 30 |
| TABEL V-2 | : Rencana Peningkatan Pengadaan/Produksi Tenaga Kesehatan Tahun 2014, 2019 Dan 2025 | |

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Dasar 1945 mengamanatkan bahwa kesehatan adalah merupakan hak asasi manusia. Pada pasal 28 H dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya pada pasal 34 ayat 3 dinyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Hal tersebut menunjukkan bahwa pemerintah berkewajiban untuk menyetujui yang sakit dan berupaya mempertahankan yang sehat untuk tetap sehat. Berdasarkan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dengan demikian kesehatan selain sebagai hak asasi manusia, kesehatan juga merupakan suatu investasi.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) 2005 - 2025, dinyatakan bahwa dalam mewujudkan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing, maka kesehatan bersama-sama dengan pendidikan dan peningkatan daya beli keluarga/masyarakat adalah tiga pilar utama untuk meningkatkan kualitas SDM dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia. Dalam RPJP-N, dinyatakan pula pembangunan nasional di bidang kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan didasarkan kepada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus kepada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan keluarga miskin. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, juga diperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan IPTEK, serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral.

Berbagai studi menunjukkan bahwa tenaga kesehatan merupakan kunci utama dalam keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan memberikan kontribusi hingga 80% dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Dalam laporan WHO tahun 2006, Indonesia termasuk salah satu dari 57 negara yang menghadapi krisis SDM kesehatan, baik jumlahnya yang kurang maupun distribusinya.

Guna mengatasi krisis termaksud, pengembangan tenaga kesehatan perlu lebih ditingkatkan yang melibatkan semua komponen bangsa. Oleh karena itu, untuk menjadi acuan bagi semua pemangku kepentingan, perlu ditetapkan Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 – 2025.

Menghadapi era globalisasi, adanya suatu Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan yang menyeluruh sangat diperlukan. Di era globalisasi berarti terbukanya negara-negara di dunia bagi produk-produk baik barang maupun jasa yang datang dari negara manapun dan mau tidak mau harus dihadapi. Di bidang kesehatan, Indonesia mengupayakan dalam kepentingan perdagangan internasional jasa melalui WTO (*World Trade Organization*), CAFTA (*China-ASEAN Free Trade Agreement*), AFAS (*ASEAN Framework Agreement on Services*) dan perjanjian bilateral. Salah satu moda dalam pasokan perdagangan jasa internasional adalah migrasi sumber daya manusia. Dalam hubungan ini, melalui Sidang Umum Kesehatan Sedunia Tahun 2010, Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) telah mengadopsi *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Walaupun bersifat sukarela, Indonesia sebagai negara anggota WHO, perlu ikut mendukung dan melaksanakan prinsip-prinsip dan rekomendasi *Global Code* dalam migrasi internasional tenaga kesehatan. Semua ini perlu dapat diakomodasikan dalam Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 - 2025 merupakan rencana jangka panjang dengan maksud memberikan arah dan acuan bagi seluruh pemangku kepentingan dalam pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan secara komprehensif dan menyeluruh.

Tujuan disusunnya Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 - 2025 adalah untuk mewujudkan sinergisme dan upaya yang saling mendukung serta melengkapi antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta yang memiliki kepentingan terhadap pengembangan tenaga kesehatan.

C. RUANG LINGKUP DAN BATASAN.

Pengembangan tenaga kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, pengadaan/pendidikan, pendayagunaan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.

Tenaga kesehatan di Indonesia dewasa ini sangat banyak jenisnya. Dalam Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan ini, tenaga kesehatan dibatasi pada 13 (tiga-belas) jenis tenaga, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, perawat gigi, apoteker, asisten apoteker, sanitarian, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga keterampilan fisik, dan tenaga keteknisian medis.

D. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
3. Undang-Undang No. 2 Tahun 2002 tentang Kepolisian Republik Indonesia;
4. Undang-Undang No. 3 Tahun 2002 tentang Pertahanan Negara;
5. Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan;
6. Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
7. Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
8. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang No. 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
9. Undang-Undang No. 34 Tahun 2004 tentang Tentara Nasional Indonesia;
10. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
11. Undang-Undang No. 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN);
12. Undang-Undang No. 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
13. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
14. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
15. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
16. Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
17. Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota;
18. Peraturan Pemerintah No. 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah;
19. Peraturan Pemerintah No. 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian;
20. Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014;
21. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2010 tentang Badan Nasional Pengelola Perbatasan;
22. Inpres No. 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010;
23. Inpres No. 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan Yang Berkeadilan.

BAB II

PERKEMBANGAN DAN MASALAH

A. PERKEMBANGAN DAN MASALAH PEMBANGUNAN KESEHATAN

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan secara berkesinambungan telah berhasil meningkatkan status kesehatan masyarakat. Kinerja sistem kesehatan telah menunjukkan peningkatan, antara lain ditunjukkan dengan peningkatan status kesehatan, yaitu: penurunan angka kematian bayi (AKB) dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Angka kematian ibu (AKI) juga mengalami penurunan dari 318 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Sejalan dengan penurunan angka kematian bayi, umur harapan hidup (UHH) meningkat dari 68,6 tahun pada tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2007. Demikian pula telah terjadi penurunan prevalensi kekurangan gizi pada balita dari 29,5% pada akhir tahun 1997 menjadi sebesar 18,4% pada tahun 2007 (Riskesdas 2007), dan 17,9% (Riskesdas 2010).

Namun perbaikan indikator kesehatan masyarakat tersebut masih belum seperti yang diharapkan. Upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam lingkungan strategis baru harus terus diupayakan dengan menyelenggarakan pembangunan kesehatan sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional.

Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang RPJPN disebutkan bahwa tantangan pembangunan bidang kesehatan jangka panjang yang dihadapi antara lain adalah mengurangi kesenjangan status kesehatan masyarakat dan akses terhadap pelayanan kesehatan antar wilayah, tingkat sosial ekonomi, dan gender; meningkatkan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan yang kurang memadai; meningkatkan akses terhadap fasilitas kesehatan; dan mengurangi beban ganda penyakit yaitu pola penyakit yang diderita oleh sebagian besar masyarakat adalah penyakit infeksi menular, namun pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular serta meningkatnya penyalahgunaan narkotik dan obat-obat terlarang.

Dalam kaitannya dengan tantangan tersebut diatas dan mengantisipasi pelaksanaan SKN sebagai pengelolaan kesehatan, isu satrategis yang dihadapi pembangunan kesehatan dewasa ini dan dimasa depan adalah: 1) Dalam perubahan epidemiologis dan demografi, tampak derajat kesehatan masyarakat pada umumnya masih rendah, 2) Mutu, pemerataan dan keterjangkauan upaya kesehatan belum optimal. Perhatian pada masyarakat miskin, rentan, dan beresiko tinggi masih kurang memadai, 3) Penelitian dan pengembangan kesehatan belum sepenuhnya menunjang pembangunan kesehatan, 4) Penggalan pembiayaan masih terbatas dan pengalokasian serta pembelanjaan

pembiayaan kesehatan masih kurang tepat, 5) Pemerataan dan mutu sumber daya manusia kesehatan belum sepenuhnya menunjang penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Perencanaan, pengadaan, pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan pada umumnya masih terbatas kemampuannya, 6) Ketersediaan, keamanan, manfaat, dan mutu sumber daya obat, serta keterjangkauan, pemerataan, dan mudahnya diakses masyarakat umumnya masih kurang, 7) Manajemen/ administrasi, informasi, dan hukum kesehatan masih kurang memadai, 8) Pemberdayaan masyarakat dalam bentuk pelayanan, advokasi kesehatan serta pengawasan sosial dalam pembangunan kesehatan belum banyak dilaksanakan, dan 9) Berbagai lingkungan strategis yang terkait masih kurang mendukung pembangunan kesehatan.

B. PERKEMBANGAN DAN MASALAH PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN.

1. Keadaan tenaga kesehatan.

Pengembangan sumber daya manusia merupakan salah satu prioritas dari 8 (delapan) fokus prioritas pembangunan kesehatan dalam kurun waktu 2010 – 2014. Penetapan pengembangan sumber daya manusia kesehatan sebagai salah satu prioritas adalah karena Indonesia masih menghadapi masalah tenaga kesehatan, baik jumlah, jenis, kualitas maupun distribusinya.

Rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk belum memenuhi target yang ditetapkan sampai dengan tahun 2010. Sampai dengan tahun 2008, rasio tenaga kesehatan untuk dokter spesialis per 100.000 penduduk adalah sebesar 7,73 dibanding target 9; dokter umum 26,3 dibanding target 30; dokter gigi 7,7 dibanding target 11; perawat 157,75 dibanding target 158; dan bidan 43,75 dibanding target 75.

Dari pendataan tenaga kesehatan pada tahun 2010, ketersediaan tenaga kesehatan di rumah sakit milik pemerintah (Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah), telah tersedia 7.336 dokter spesialis, 6.180 dokter umum, 1.660 dokter gigi, 68.835 perawat/bidan, 2.787 S-1 Farmasi/Apoteker, 1.656 asisten apoteker, 1.956 tenaga kesehatan masyarakat, 4.221 sanitarian, 2.703 tenaga gizi, 1.598 tenaga keterampilan fisik, dan 6.680 tenaga keteknisian medis.

Dengan memperhatikan standard ketenagaan rumah sakit yang berlaku, maka pada tahun 2010 masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di rumah sakit milik pemerintah (Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah), sejumlah 2.098 dokter spesialis, 902 dokter umum, 443 dokter gigi, 6.677 perawat/bidan, 84 orang S-1 Farmasi/Apoteker, 979 asisten apoteker, 149 tenaga kesehatan masyarakat, 243 sanitarian, 194 tenaga gizi, 800

tenaga keterampilan fisik, dan 2.654 tenaga keteknisan medis. Dengan demikian kekurangan tenaga kesehatan di rumah sakit akan lebih besar lagi bila dihitung kebutuhan tenaga kesehatan di RS milik kementerian teknis lainnya, Rumah Sakit/Lembaga Kesehatan TNI dan POLRI serta Rumah Sakit Swasta.

Sedangkan di Puskesmas pada tahun 2010 telah tersedia 14.840 dokter umum, 6.125 dokter gigi, 78.675 perawat, 7.704 perawat gigi, 83.000 bidan, 6.351 orang S-1 Farmasi/Apoteker, 8.601 asisten apoteker, 1.356 tenaga kesehatan masyarakat, 6.031 sanitarian, 7.547 tenaga gizi, dan 2.609 tenaga keteknisan medis. Pada tahun yang sama, di Puskesmas di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) telah tersedia tenaga kesehatan sebanyak 130 dokter umum, 42 dokter gigi, 955 perawat, 53 perawat gigi, 496 bidan, 60 asisten apoteker, 54 tenaga kesehatan masyarakat, 76 sanitarian, 67 tenaga gizi, dan 54 tenaga keteknisan medis.

Dengan memperhatikan standard ketenagaan Puskesmas yang berlaku, maka pada tahun 2010 masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di Puskesmas, sejumlah 149 dokter umum, 2.093 dokter gigi, 280 perawat gigi, 21.797 bidan, 5.045 asisten apoteker, 13.019 tenaga kesehatan masyarakat, 472 sanitarian, 303 tenaga gizi, dan 5.771 tenaga keteknisan medis. Sedangkan untuk Puskesmas DTPK juga masih dihadapi kekurangan tenaga kesehatan sejumlah 64 dokter umum, 59 dokter gigi, 48 perawat gigi, 35 asisten apoteker, 249 tenaga kesehatan masyarakat, 25 sanitarian, 34 tenaga gizi, dan 47 tenaga keteknisan medis.

Pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan untuk daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan tahun demi tahun diupayakan untuk ditingkatkan, namun belum dapat mencapai harapan.

2. Pengadaan/Pendidikan Tenaga Kesehatan.

Pengembangan sistem pendidikan tenaga kesehatan adalah untuk membentuk keahlian dan keterampilan tenaga kesehatan di bidang-bidang teknologi yang strategis serta mengantisipasi timbulnya kesenjangan keahlian sebagai akibat kemajuan teknologi. Pengembangan sistem pendidikan tenaga kesehatan tidak terlepas dari sistem pendidikan nasional.

Pengembangan sistem pendidikan nasional merupakan tanggung jawab Kementerian Pendidikan Nasional, namun pembinaan teknis pendidikan tenaga kesehatan merupakan kewenangan Kementerian Kesehatan. Dalam upaya pengembangan sistem pendidikan tenaga kesehatan, maka perlu perpaduan antara Kementerian Pendidikan Nasional dan Kementerian Kesehatan. Pada era otonomi daerah diterbitkan beberapa keputusan-keputusan antara lain, Keputusan Mendiknas No. 234 Tahun 2000 tentang Pedoman Pendidikan Tinggi dan Peraturan Menkes No. 1192 Tahun 2004

tentang Pendirian Diploma Bidang Kesehatan dapat diselenggarakan berdasarkan ijin dari Menteri Pendidikan Nasional setelah mendapat rekomendasi dari Menkes Republik Indonesia.

Perkembangan institusi pendidikan tenaga kesehatan cukup tinggi. Jenjang pendidikan yang besar pertumbuhannya adalah jenjang pendidikan D3 dan S1. Berikut ini adalah perkembangan program studi di bidang kesehatan dari tahun 2004 sampai dengan tahun 2008.

Tabel II-1 : Distribusi Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan Berdasarkan Jenjang Pendidikan Tahun 2004 - 2008

| Jenjang Pendidikan | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------------------|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| D1 | 1 | - | - | - | - |
| D3 | 420 | 545 | 684 | 822 | 955 |
| D4 | 12 | 19 | 29 | 34 | 50 |
| Profesi * | 46 | 46 | 50 | 51 | 96 |
| S1 | 359 | 412 | 467 | 551 | 609 |
| S2 | 60 | 67 | 72 | 86 | 94 |
| S3 | 19 | 19 | 19 | 22 | 23 |
| Sp-1 | 172 | 178 | 185 | 198 | 204 |
| Sp-2 | - | - | - | - | 1 |
| Jumlah | 1.089 | 1.286 | 1.506 | 1.764 | 2032 |
| Peningkatan jumlah dan persentase | | 197 (18%) | 220 (17%) | 258 (17%) | 268 (15%) |

Catatan: (*)

Sumber: Ditjen Dikti, Kementerian Diknas, 2009

Berdasarkan data Evaluasi Program Studi Berbasis Evaluasi Diri (EPSBED) tahun 2010, diketahui bahwa program studi bidan merupakan yang terbanyak dibandingkan program studi tenaga kesehatan lainnya. Kondisi tersebut didorong oleh adanya kebijakan pemerintah tentang penempatan bidan pada setiap desa dalam kerangka Desa Siaga. Hal ini dapat dilihat dalam Tabel II-2 berikut ini:

Tabel II-2 : Gambaran Bidang dan Jenjang Pendidikan Kesehatan Tahun 2010

| Bidang | Jenjang Pendidikan | | | | | |
|-----------------|--------------------|-----|----|----|---------|-----------|
| | D3/D4 | S1 | S2 | S3 | Profesi | Spesialis |
| Kedokteran | - | 71 | 22 | 11 | 35 | 212 |
| Kedokteran gigi | 8 | 25 | 6 | 2 | 12 | 10 |
| Keperawatan | 288 | 308 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Kebidanan | 748 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Kefarmasian | 52 | 51 | 8 | 2 | 22 | 0 |
| Kegizian | 3 | 24 | 1 | 3 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|----------------------|---|-----|----|---|---|---|
| Kesehatan Masyarakat | 0 | 143 | 24 | 2 | 1 | 0 |
|----------------------|---|-----|----|---|---|---|

Sumber: EPSBED, 2010

Institusi pendidikan tenaga kesehatan yang ada saat ini masih belum memenuhi standar kualitas pendidikan. Berdasarkan data yang ada, 67% institusi pendidikan tenaga kesehatan belum terakreditasi. Bahkan institusi pendidikan untuk perawat mencapai 82% institusi yang belum terakreditasi. Pendirian institusi pendidikan tenaga kesehatan yang belum terencana sesuai dengan standar mutu dapat berdampak terhadap tidak terpenuhinya kompetensi tenaga kesehatan. Pada Tabel II-3 di bawah ini dapat dilihat jumlah institusi pendidikan (program studi) tenaga kesehatan yang sudah terakreditasi.

Tabel II-3 : Jumlah Institusi Pendidikan (Program Studi)
Tenaga Kesehatan Yang Telah Terakreditasi Tahun 2009

| Instituti Pendidikan (Prodi) | Jumlah Institusi (Prodi) | Akreditasi A | Akreditasi B | Akreditasi C | Jumlah Institusi Pendidikan (Prodi) Terakreditasi | % Institusi Pendidikan (Prodi) Terakreditasi |
|------------------------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|---|--|
| Dokter | 71 | 16 | 19 | 11 | 46 | 64,8 |
| Dokter Gigi | 25 | 6 | 6 | 2 | 14 | 56 |
| Apoteker* | 61 | 13 | 13 | 22 | 48 | 21,3 |
| Perawat D-3 | 288 | 0 | 11 | 39 | 50 | 17,4 |
| Bidan D-3 | 617 | 28 | 133 | 53 | 214 | 34,7 |
| Farmasi D-3 | 62 | 0 | 1 | 3 | 4 | 6,5 |
| Gizi D-3 | 6 | 1 | 0 | 2 | 3 | 50 |
| JUMLAH | 1.069 | 51 | 180 | 120 | 351 | 32,8 |

Catatan : - Diolah dari data BANPT dan Pusdiknakes, 2009

- *) Sumber data Apoteker: Asosiasi Perguruan Tinggi Farmasi Indonesia (APTFI), 2010

3. Pendayagunaan tenaga kesehatan.

Perkembangan distribusi tenaga kesehatan di Indonesia telah dimulai sejak tahun 1960 dengan diterbitkannya Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan. Undang-Undang ini menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab dalam pemerataan tenaga kesehatan. Selanjutnya dalam beberapa tahun kemudian, tenaga kesehatan melaksanakan Wajib Kerja Sarjana. Pada masa itu semua tenaga kesehatan, utamanya dokter, dokter gigi, perawat, bidan, sanitarian, dan ahli gizi diangkat sebagai pegawai negeri sipil pusat (PNS Pusat) dan ditempatkan ke daerah yang memerlukan untuk jangka waktu tertentu (antara 2 sampai 5 tahun sesuai dengan tingkat kesulitan daerah penempatan) melalui Inpres No. 5 Tahun 1974.

Dalam perkembangan selanjutnya, maka ditetapkan Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenaga-kerjaan yang mencabut Undang-Undang No. 8 Tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana. Sebagai tindak lanjut dari Undang-Undang tersebut, ditetapkanlah Peraturan Menkes No. 1540/Menkes/Per/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain. Dengan kebijakan ini, program dokter dan dokter gigi PTT yang semula bersifat wajib menjadi sukarela.

Disatu sisi, kebijakan tersebut di atas mencerminkan penghargaan pemerintah terhadap Hak Asasi Manusia para tenaga kesehatan. Namun disisi lain, Hak Asasi Manusia bagi rakyat terutama di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan dan daerah-daerah yang tidak diminati menjadi terabaikan. Hal ini bertentangan dengan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 4 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan dan pasal 5

yang menyatakan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.

Tenaga kesehatan dapat didayagunakan di : (1) Instansi pemerintah baik pusat maupun daerah termasuk TNI dan POLRI, (2) Sektor pelayanan kesehatan swasta, (3) Sektor non pelayanan kesehatan termasuk industri, pendidikan dan penelitian baik pemerintah maupun swasta, dan (4) di luar negeri sebagai Tenaga Kerja Kesehatan Indonesia (TKKI).

Tenaga kesehatan yang didayagunakan di instansi pemerintah, utamanya di sektor kesehatan dapat diangkat melalui: 1) formasi PNS baik pusat maupun daerah; 2) Pegawai Tidak Tetap (PTT) pusat maupun daerah; 3) penugasan khusus baik residen maupun tenaga D3-Kesehatan, terutama untuk daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK).

Berikut adalah tabel pengangkatan tenaga kesehatan melalui formasi Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat tahun 2005 sampai dengan tahun 2009.

Tabel II-4 : Pengangkatan PNS Pusat untuk pengisian
Kebutuhan Tenaga Kesehatan Milik Kementerian Kesehatan
Tahun 2005 – 2009

| JENIS TENAGA | TAHUN PENGANGKATAN | | | | |
|-----------------------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Tenaga Medis | 190 | 10 | 243 | 291 | 435 |
| Tenaga Keperawatan | 1.208 | 397 | 663 | 636 | 649 |
| Tenaga Kefarmasian | 135 | 49 | 112 | 64 | 79 |
| Tenaga Kesehatan Masyarakat | 226 | 13 | 81 | 127 | 164 |
| Tenaga Gizi | 64 | 9 | 12 | 46 | 49 |
| Tenaga Keterampilan Fisik | 30 | 2 | 12 | 36 | 36 |
| Tenaga Keteknisian Medis | 265 | 60 | 108 | 95 | 144 |
| Non Kesehatan | 946 | 1.832 | 507 | 996 | 1.412 |
| JUMLAH | 3.064 | 2.372 | 1.738 | 2.291 | 2.968 |

Sumber : Biro Kepegawaian Setjen, Kemenkes, 2009

Berdasarkan data tersebut, terjadi fluktuasi jumlah PNS pusat yang diangkat pada institusi milik Kementerian Kesehatan. Hal tersebut kemungkinan merupakan implikasi dari Peraturan Pemerintah No. 48 Tahun 2005 tentang Pengangkatan Tenaga Honorer menjadi PNS. Formasi PNS yang tersedia diutamakan untuk pengangkatan tenaga honorer yang telah memenuhi syarat.

Pengangkatan tenaga kesehatan melalui formasi PTT pusat tahun 2005 sampai dengan tahun 2010 dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel II-5 : Pengangkatan Tenaga Kesehatan Melalui PTT
Tahun 2005 - 2010

| JENIS TENAGA | TAHUN PENGANGKATAN | | | | | |
|--------------|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Dokter | 2.658 | 3.169 | 4.265 | 4.126 | 4.487 | 2.633 |
| Dokter Gigi | 816 | 896 | 1.181 | 1.285 | 1.269 | 840 |
| Bidan | 11.164 | 8.818 | 13.965 | 11.432 | 11.006 | 12.601 |
| Jumlah | 14.638 | 12.883 | 19.411 | 16.843 | 16.762 | 16.074 |

Sumber : Biro Kepegawaian Setjen, Kemenkes, 2010.

Secara umum telah terjadi peningkatan jumlah tenaga kesehatan yang ditempatkan melalui mekanisme PTT.

Pendayagunaan tenaga kesehatan melalui penugasan khusus untuk daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) tahun 2006 sampai dengan tahun 2010 dapat dilihat dalam Tabel II-6 berikut:

Tabel II-6 : Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan di DTPK
Tahun 2006 - 2010

| JENIS TENAGA | TAHUN PENGANGKATAN | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Dokter Spesialis / Residen Senior | 8 | 15 | 52 | 54 | 374 |
| Dokter | 26 | 26 | - | - | - |
| Bidan | 63 | 63 | - | - | - |
| Perawat | 101 | 101 | - | 74 | 210 |
| Gizi | 64 | 64 | - | 17 | 33 |
| Analisis | - | - | - | 3 | 14 |
| Sanitarian | 79 | 79 | - | 32 | 33 |
| Tenaga Kesehatan Lain | - | - | - | 4 | 13 |
| Jumlah | 341 | 348 | 52 | 184 | 677 |

Sumber : Pusren-gun SDM Kesehatan, Badan PPSDMK, 2010

Penugasan khusus tenaga kesehatan ke DTPK dimulai tahun 2006 merupakan uji coba sampai dengan tahun 2007. Pada tahun 2008, penugasan khusus tenaga kesehatan selain dokter spesialis/residen senior ke DTPK tidak dilaksanakan disebabkan kurangnya dukungan anggaran. Secara bertahap pada tahun 2009 dan tahun 2010, penugasan khusus tenaga kesehatan dilaksanakan dan ditingkatkan target pencapaiannya. Rekrutmen tenaga dokter dan bidan untuk penugasan khusus ditiadakan namun diakomodasikan dalam penugasan PTT.

4. Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga dokter dan dokter gigi telah diatur dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Sebagai implementasi dari Undang-Undang tersebut, pada tahun 2005 telah dibentuk Konsil Kedokteran Indonesia. Konsil Kedokteran Indonesia telah melaksanakan registrasi tenaga dokter dan dokter gigi, dengan menerbitkan Surat Tanda Registrasi (STR). STR dapat diterbitkan setelah dokter dan dokter gigi mengikuti dan dinyatakan lulus dalam uji kompetensi yang dilaksanakan oleh kolegium kedokteran dan kedokteran gigi. Berdasarkan STR, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat menerbitkan Surat Izin Praktik (SIP). Untuk menjamin mutu pelayanan kedokteran/kedokteran gigi, seorang dokter/dokter gigi, hanya diperbolehkan praktik maksimal di 3 (tiga) tempat.

Untuk tenaga kesehatan lainnya, pada tahun 2011 telah dibentuk Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI), yang melaksanakan registrasi bagi tenaga kesehatan non dokter/dokter gigi. Guna kelancaran tugas MTKI, beberapa provinsi sudah mempunyai Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP). Tugas pokok dan fungsi MTKP dan tata hubungan kerjanya dengan MTKI, saat ini sedang dalam penyusunan. Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Izin Kerja, dapat diterbitkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Untuk meningkatkan dan menjamin mutu tenaga kefarmasian dalam melaksanakan pekerjaannya, telah dibentuk Komite Farmasi Nasional (KFN) yang mempunyai tugas melaksanakan registrasi, sertifikasi, pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, pembinaan dan pengawasan apoteker.

Dalam beberapa tahun terakhir ini, beberapa rumah sakit swasta telah mempekerjakan tenaga kesehatan warga Negara asing (TKWNA). Sesuai peraturan dan ketentuan yang berlaku, penggunaan TKWNA diperbolehkan hanya sebagai konsultan. Namun pada kenyataannya di lapangan, dijumpai TKWNA juga memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien. Dalam hubungan ini, pembinaan dan pengawasan tenaga kesehatan belum berjalan dengan semestinya.

Ke depan sejalan dengan berlakunya pasar bebas, migrasi TKWNA ke Indonesia tidak dapat dihindari. Dengan demikian pembinaan dan pengawasan TKWNA dan dukungan regulasinya perlu ditingkatkan.

C. ISU STRATEGIS PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN.

Menilik perkembangan tenaga kesehatan sebagaimana telah diuraikan diatas, dewasa ini dan ke depan masih dihadapi isu strategis atau masalah pokok dalam pengembangan tenaga kesehatan sebagai berikut:

1. Pengembangan tenaga kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan untuk pelayanan/pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan terus membaik dalam jumlah, kualitas dan penyebarannya, namun masih belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. Mutu tenaga kesehatan belum memiliki daya saing dalam memenuhi permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri.
2. Regulasi untuk mendukung upaya pengembangan tenaga kesehatan masih terbatas.
3. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan masih perlu ditingkatkan dan belum didukung dengan sistem informasi tenaga kesehatan yang memadai. Rencana kebutuhan tenaga kesehatan yang menyeluruh belum disusun sesuai yang diharapkan, sehingga belum sepenuhnya dapat dipergunakan

sebagai acuan dalam pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.

4. Masih kurang serasinya antara kebutuhan dan pengadaan/pendidikan berbagai jenis tenaga kesehatan. Kajian jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan tersebut belum dilakukan sebagaimana mestinya. Kualitas hasil pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan pada umumnya masih kurang memadai. Masih banyak institusi pendidikan tenaga kesehatan yang belum terakreditasi dan memenuhi standard. Hal ini akan berdampak terhadap kompetensi dan kualitas lulusan tenaga kesehatan.
Permasalahan pendidikan tenaga kesehatan pada umumnya bersifat sistemik, antara lain terdapat ketidaksesuaian kompetensi lulusan pendidikan dengan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat, lemahnya kerjasama antara pelaku dalam pembangunan kesehatan dan pendidikan tenaga kesehatan, lebih dominannya pendidikan tenaga kesehatan yang berorientasi ke Rumah Sakit dibandingkan dengan *Primary Health Care*.
5. Dalam pendayagunaan tenaga kesehatan, pemerataan dan pemanfaatan tenaga kesehatan yang berkualitas masih kurang, utamanya di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan, kepulauan dan daerah yang kurang diminati. Hal ini disebabkan oleh disparitas sosial ekonomi, budaya maupun kebijakan pemerintah daerah termasuk kondisi geografis antar daerah mengurangi minat tenaga kesehatan untuk ditempatkan di daerah tersebut. Selain itu pengembangan dan pelaksanaan pola pengembangan karir, sistem penghargaan dan sanksi belum dilaksanakan sesuai yang diharapkan. Pengembangan profesi yang berkelanjutan (*Continue Professional Development= CPD*), serta *Training Need Assesment (TNA)* masih perlu dikembangkan.
6. Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan masih belum dapat dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan. Registrasi dan sertifikasi tenaga kesehatan masih terbatas pada tenaga dokter dan dokter gigi. Sosialisasi dan penerapan peraturan perundang-perundangan di bidang pengembangan tenaga kesehatan belum dilaksanakan secara memadai.
7. Sumber daya pendukung pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan masih terbatas. Sistem informasi tenaga kesehatan belum sepenuhnya dapat menyediakan data yang akurat, terpercaya dan tepat waktu. Dukungan sumber daya pembiayaan dan lain-lain sumber daya belum memadai.

Dalam upaya menjawab isu strategis atau masalah pokok dalam pengembangan tenaga kesehatan, Indonesia memiliki beberapa modal dasar antara lain:

1. Telah disahkannya beberapa aturan perundang-undangan terkait tenaga kesehatan.

2. Ikut sertanya Indonesia dalam meratifikasi aturan-aturan di tingkat Internasional terkait tenaga kesehatan seperti '*International Code of Practice*'.
3. Mulai terbangunnya komitmen diantara pemangku kepentingan terkait pengembangan tenaga kesehatan seperti terbentuknya Tim Koordinasi dan Fasilitasi Pengembangan Tenaga Kesehatan.
4. Kepercayaan dunia Internasional semakin meningkat terhadap kualitas tenaga kesehatan Indonesia. Hal ini ditandai dengan semakin banyaknya permintaan tenaga kesehatan Indonesia untuk bekerja di luar negeri.

BAB III

VISI, MISI, TUJUAN, SASARAN STRATEGIS DAN STRATEGI

A. VISI

Undang-Undang Dasar 1945 (UUD 1945) mengamanatkan bahwa kesehatan adalah salah satu dari hak asasi manusia. Guna memenuhi hak dasar tersebut, dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan “Sesuai dengan konstitusi, Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak”. Agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat berfungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, harus didukung dengan sarana dan prasarana, tenaga kesehatan, serta pembiayaan yang memadai. Tenaga kesehatan harus tersedia dan terdistribusi secara merata dalam jumlah dan jenis, serta berkualitas sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu Visi Pengembangan Tenaga Kesehatan di Indonesia adalah :

“Seluruh Penduduk Memperoleh Akses Terhadap Tenaga Kesehatan Yang Berkualitas”

B. MISI

Untuk mewujudkan Visi “Seluruh Penduduk Memperoleh Akses Terhadap Tenaga Kesehatan Yang Berkualitas”, ditetapkan Misi dalam pengembangan tenaga kesehatan sebagai berikut:

1. Memperkuat regulasi dan perencanaan untuk pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan.
2. Meningkatkan pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan guna memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia.
3. Menjamin pendayagunaan tenaga kesehatan yang merata, termanfaatkan sesuai dengan kebutuhan seluruh penduduk Indonesia, dan dikembangkan secara berkeadilan.
4. Meningkatkan pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

C. TUJUAN

Tujuan pengembangan tenaga kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan secara merata yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitas, serta termanfaatkan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.

D. SASARAN STRATEGIS

Sesuai dengan Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, terutama dengan mengacu pada metode perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan pendekatan rasio terhadap nilai tertentu, maka ditetapkan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Pada tahun 2014 diharapkan ketersediaan tenaga dokter spesialis mencapai 12 per 100.000 penduduk, dokter umum 48 per 100.000 penduduk, dokter gigi 11 per 100.000 penduduk, perawat 158 per 100.000 penduduk, bidan 75 per 100.000 penduduk, sanitarian 15 per 100.000 penduduk, tenaga gizi 24 per 100.000 penduduk.
2. Pada tahun 2019 diharapkan ketersediaan tenaga dokter spesialis mencapai 24 per 100.000 penduduk, dokter umum 96 per 100.000 penduduk, dokter gigi 11 per 100.000 penduduk, perawat 158 per 100.000 penduduk, bidan 75 per 100.000 penduduk, sanitarian 30 per 100.000 penduduk, tenaga gizi 48 per 100.000 penduduk.
3. Pada tahun 2025 diharapkan ketersediaan tenaga dokter spesialis mencapai 28 per 100.000 penduduk, dokter umum 112 per 100.000 penduduk, dokter gigi 11 per 100.000 penduduk, perawat 158 per 100.000 penduduk, bidan 75 per 100.000 penduduk, sanitarian 35 per 100.000 penduduk, tenaga gizi 56 per 100.000 penduduk.

E. STRATEGI

Dalam mewujudkan Visi, mengemban Misi dan guna mencapai tujuan pengembangan tenaga kesehatan dalam tahun 2025, maka ditempuh strategi sebagai berikut:

1. Penguatan regulasi pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan.

Penguatan regulasi untuk mendukung pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan melalui percepatan pelaksanaannya, peningkatan kerjasama lintas sektor dan peningkatan pengelolaannya secara berjenjang di pusat dan daerah.

2. Peningkatan Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan.

Kebutuhan tenaga kesehatan guna mendukung pembangunan kesehatan harus disusun secara menyeluruh, baik untuk fasilitas kesehatan milik pemerintah secara lintas sektor termasuk pemerintah daerah dan swasta, serta mengantisipasi keadaan darurat kesehatan dan pasar bebas di era globalisasi.

Di samping itu kebutuhan tenaga kesehatan guna mendukung manajemen kesehatan (administrator dan regulator), pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, perlu pula disusun kebutuhannya. Pengelolaan perencanaan, sumber daya pendukung dan pengembangan perencanaan penting untuk ditingkatkan.

3. Peningkatan dan Pengembangan Pengadaan/Pendidikan Tenaga Kesehatan.

Pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan ditingkatkan dan dikembangkan guna memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan, manajemen kesehatan, pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Oleh karenanya pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan ditingkatkan melalui pengembangan standar pendidikan tenaga kesehatan guna memenuhi standar kompetensi yang diharapkan dan memenuhi daya saing baik secara nasional maupun internasional.

Pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan dan pengembangan pendidikan tenaga kesehatan, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta. Peningkatan dan pengembangan pendidikan tenaga kesehatan tersebut ditujukan untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas, berdaya saing tinggi, serta profesional, yaitu tenaga kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi.

Peningkatan dan pengembangan pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan, dilakukan melalui penambahan jumlah institusi pendidikan tenaga kesehatan tertentu sesuai kebutuhannya, akreditasi institusi pendidikan tenaga kesehatan, serta sertifikasi tenaga pengajar, termasuk peningkatan sarana dan fasilitas belajar mengajar.

Pendidikan tenaga kesehatan perlu ditingkatkan dan disusun secara terarah dan menyeluruh dalam kerangka mewujudkan keterkaitan yang harmonis, efektif dan efisien antara sistem kesehatan dan sistem pendidikan.

4. Peningkatan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan.

Pendayagunaan tenaga kesehatan meliputi penyebaran tenaga kesehatan yang merata dan berkeadilan, pemanfaatan tenaga kesehatan, dan pengembangan tenaga kesehatan termasuk peningkatan karirnya.

Peningkatan pendayagunaan tenaga kesehatan diupayakan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan di semua lini dari daerah sampai pusat secara lintas sektor, termasuk swasta, serta memenuhi kebutuhan pasar dalam menghadapi pasar bebas di era globalisasi.

Pendayagunaan tenaga kesehatan di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK), perlu memperoleh perhatian khusus. Pendayagunaan tenaga kesehatan untuk manajemen kesehatan, institusi pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, institusi penelitian dan pengembangan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, juga perlu mendapatkan perhatian yang memadai.

Pengembangan tenaga kesehatan termasuk peningkatan karirnya dilakukan melalui peningkatan motivasi tenaga kesehatan untuk mengembangkan diri, dan mempermudah tenaga kesehatan memperoleh akses terhadap pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan. Peningkatan pelatihan tenaga kesehatan dilakukan melalui pengembangan standar pelatihan tenaga kesehatan guna memenuhi standar kompetensi yang diharapkan oleh pelayanan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia. Peningkatan pelatihan tenaga kesehatan, juga dilakukan melalui akreditasi institusi pelatihan tenaga kesehatan, serta sertifikasi tenaga pelatih.

5. Pembinaan dan Pengawasan Mutu Tenaga Kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan utamanya ditujukan untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan sesuai kompetensi yang diharapkan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.

Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan komitmen dan koordinasi semua pemangku kepentingan dalam pengembangan tenaga kesehatan serta legislasi yang meliputi antara lain sertifikasi melalui uji kompetensi, registrasi, perizinan (*licensing*), dan hak-hak tenaga kesehatan.

Hak-hak tenaga kesehatan tersebut antara lain meliputi kesejahteraan dan kesempatan yang seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan dan mengembangkan karirnya.

6. Penguatan Sumber Daya Pengembangan Tenaga Kesehatan

Penguatan sumber daya dalam mendukung pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan kapasitas SDM Kesehatan, penguatan sistem informasi tenaga kesehatan, serta peningkatan pembiayaan dan fasilitas pendukung lainnya.

BAB III

VISI, MISI, TUJUAN, SASARAN STRATEGIS DAN STRATEGI

F. VISI

Undang-Undang Dasar 1945 (UUD 1945) mengamanatkan bahwa kesehatan adalah salah satu dari hak asasi manusia. Guna memenuhi hak dasar tersebut, dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan “Sesuai dengan konstitusi, Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak”. Agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat berfungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, harus didukung dengan sarana dan prasarana, tenaga kesehatan, serta pembiayaan yang memadai. Tenaga kesehatan harus tersedia dan terdistribusi secara merata dalam jumlah dan jenis, serta berkualitas sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu Visi Pengembangan Tenaga Kesehatan di Indonesia adalah :

“Seluruh Penduduk Memperoleh Akses Terhadap Tenaga Kesehatan Yang Berkualitas”

G. MISI

Untuk mewujudkan Visi “Seluruh Penduduk Memperoleh Akses Terhadap Tenaga Kesehatan Yang Berkualitas”, ditetapkan Misi dalam pengembangan tenaga kesehatan sebagai berikut:

1. Memperkuat regulasi dan perencanaan untuk pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan.
2. Meningkatkan pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan guna memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia.
3. Menjamin pendayagunaan tenaga kesehatan yang merata, termanfaatkan sesuai dengan kebutuhan seluruh penduduk Indonesia, dan dikembangkan secara berkeadilan.
4. Meningkatkan pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

H. TUJUAN

Tujuan pengembangan tenaga kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan secara merata yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitas, serta termanfaatkan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.

I. SASARAN STRATEGIS

Sesuai dengan Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, terutama dengan mengacu pada metode perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan pendekatan rasio terhadap nilai tertentu, maka ditetapkan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Pada tahun 2014 diharapkan ketersediaan tenaga dokter spesialis mencapai 12 per 100.000 penduduk, dokter umum 48 per 100.000 penduduk, dokter gigi 11 per 100.000 penduduk, perawat 158 per 100.000 penduduk, bidan 75 per 100.000 penduduk, sanitarian 15 per 100.000 penduduk, tenaga gizi 24 per 100.000 penduduk.
2. Pada tahun 2019 diharapkan ketersediaan tenaga dokter spesialis mencapai 24 per 100.000 penduduk, dokter umum 96 per 100.000 penduduk, dokter gigi 11 per 100.000 penduduk, perawat 158 per 100.000 penduduk, bidan 75 per 100.000 penduduk, sanitarian 30 per 100.000 penduduk, tenaga gizi 48 per 100.000 penduduk.
3. Pada tahun 2025 diharapkan ketersediaan tenaga dokter spesialis mencapai 28 per 100.000 penduduk, dokter umum 112 per 100.000 penduduk, dokter gigi 11 per 100.000 penduduk, perawat 158 per 100.000 penduduk, bidan 75 per 100.000 penduduk, sanitarian 35 per 100.000 penduduk, tenaga gizi 56 per 100.000 penduduk.

J. STRATEGI

Dalam mewujudkan Visi, mengemban Misi dan guna mencapai tujuan pengembangan tenaga kesehatan dalam tahun 2025, maka ditempuh strategi sebagai berikut:

7. Penguatan regulasi pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan.

Penguatan regulasi untuk mendukung pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan melalui percepatan pelaksanaannya, peningkatan kerjasama lintas sektor dan peningkatan pengelolaannya secara berjenjang di pusat dan daerah.

8. Peningkatan Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan.

Kebutuhan tenaga kesehatan guna mendukung pembangunan kesehatan harus disusun secara menyeluruh, baik untuk fasilitas kesehatan milik pemerintah secara lintas sektor termasuk pemerintah daerah dan swasta, serta mengantisipasi keadaan darurat kesehatan dan pasar bebas di era globalisasi.

Di samping itu kebutuhan tenaga kesehatan guna mendukung manajemen kesehatan (administrator dan regulator), pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, perlu pula disusun kebutuhannya. Pengelolaan perencanaan, sumber daya pendukung dan pengembangan perencanaan penting untuk ditingkatkan.

9. Peningkatan dan Pengembangan Pengadaan/Pendidikan Tenaga Kesehatan.

Pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan ditingkatkan dan dikembangkan guna memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan, manajemen kesehatan, pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Oleh karenanya pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan ditingkatkan melalui pengembangan standar pendidikan tenaga kesehatan guna memenuhi standar kompetensi yang diharapkan dan memenuhi daya saing baik secara nasional maupun internasional.

Pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan dan pengembangan pendidikan tenaga kesehatan, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta. Peningkatan dan pengembangan pendidikan tenaga kesehatan tersebut ditujukan untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas, berdaya saing tinggi, serta profesional, yaitu tenaga kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi.

Peningkatan dan pengembangan pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan, dilakukan melalui penambahan jumlah institusi pendidikan tenaga kesehatan tertentu sesuai kebutuhannya, akreditasi institusi pendidikan tenaga kesehatan, serta sertifikasi tenaga pengajar, termasuk peningkatan sarana dan fasilitas belajar mengajar.

Pendidikan tenaga kesehatan perlu ditingkatkan dan disusun secara terarah dan menyeluruh dalam kerangka mewujudkan keterkaitan yang harmonis, efektif dan efisien antara sistem kesehatan dan sistem pendidikan.

10. Peningkatan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan.

Pendayagunaan tenaga kesehatan meliputi penyebaran tenaga kesehatan yang merata dan berkeadilan, pemanfaatan tenaga kesehatan, dan pengembangan tenaga kesehatan termasuk peningkatan karirnya.

Peningkatan pendayagunaan tenaga kesehatan diupayakan untuk memenuhi kebutuhan pembangunan kesehatan di semua lini dari daerah sampai pusat secara lintas sektor, termasuk swasta, serta memenuhi kebutuhan pasar dalam menghadapi pasar bebas di era globalisasi.

Pendayagunaan tenaga kesehatan di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) dan daerah bermasalah kesehatan (DBK), perlu memperoleh perhatian khusus. Pendayagunaan tenaga kesehatan untuk manajemen kesehatan, institusi pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, institusi penelitian dan pengembangan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, juga perlu mendapatkan perhatian yang memadai.

Pengembangan tenaga kesehatan termasuk peningkatan karirnya dilakukan melalui peningkatan motivasi tenaga kesehatan untuk mengembangkan diri, dan mempermudah tenaga kesehatan memperoleh akses terhadap pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan. Peningkatan pelatihan tenaga kesehatan dilakukan melalui pengembangan standar pelatihan tenaga kesehatan guna memenuhi standar kompetensi yang diharapkan oleh pelayanan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia. Peningkatan pelatihan tenaga kesehatan, juga dilakukan melalui akreditasi institusi pelatihan tenaga kesehatan, serta sertifikasi tenaga pelatih.

11. Pembinaan dan Pengawasan Mutu Tenaga Kesehatan.

Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan utamanya ditujukan untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan sesuai kompetensi yang diharapkan dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia.

Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan komitmen dan koordinasi semua pemangku kepentingan dalam pengembangan tenaga kesehatan serta legislasi yang meliputi antara lain sertifikasi melalui uji kompetensi, registrasi, perizinan (*licensing*), dan hak-hak tenaga kesehatan.

Hak-hak tenaga kesehatan tersebut antara lain meliputi kesejahteraan dan kesempatan yang seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan dan mengembangkan karirnya.

12. Penguatan Sumber Daya Pengembangan Tenaga Kesehatan

Penguatan sumber daya dalam mendukung pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan dilakukan melalui peningkatan kapasitas SDM Kesehatan, penguatan sistem informasi tenaga kesehatan, serta peningkatan pembiayaan dan fasilitas pendukung lainnya.

BAB IX

PEMBIAYAAN

Kebutuhan biaya untuk pengembangan tenaga kesehatan dihitung untuk keperluan sampai dengan tahun 2014, menyesuaikan dengan periode pemerintahan. Lingkup pembiayaan yang dihitung adalah untuk pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan (pendayagunaan tenaga kesehatan) dan untuk pengadaan/produksi tenaga kesehatan.

A. PEMBIAYAAN UNTUK PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN

Pembiayaan dalam rangka pendayagunaan tenaga kesehatan mencakup biaya yang dibutuhkan untuk pemenuhan total kebutuhan tenaga kesehatan yaitu jumlah tenaga kesehatan yang sudah ada/tersedia dan jumlah kekurangan tenaga kesehatan. Komponen biaya yang dihitung mencakup biaya distribusi/penempatan, biaya gaji yang dihitung per tahun mengacu pada besaran gaji PNS, dan insentif untuk penempatan di DTPK serta biaya orientasi yang mengacu pada biaya pra jabatan CPNS. Secara rinci, estimasi besaran satuan biaya untuk masing-masing komponen adalah sebagai berikut:

1. Biaya distribusi/penempatan tenaga kesehatan yang baru direkrut (satu kali per orang):
 - a. Transport sebesar Rp. 5.000.000,-
 - b. Per diem (uang harian dan penginapan) sebesar Rp. 1.100.000,-

- c. Biaya manajemen dan rekrutmen sebesar Rp. 100.000,-
- 2. Biaya gaji per tahun (mempertimbangkan kenaikan 15% per tahun):
 - a. Gaji yang dihitung untuk tenaga kesehatan yang sudah ada/tersedia:
 - 1) Setara golongan IId: Rp. 2.200.000,- per bulan
 - 2) Setara golongan IIIId: Rp. 2.700.000,- per bulan
 - b. Gaji yang dihitung untuk tenaga kesehatan yang baru direkrut:
 - 1) Setara golongan IIc: Rp. 2.000.000,- per bulan
 - 2) Setara golongan IIIb: Rp. 2.500.000,- per bulan
- 3. Biaya insentif yang dihitung untuk 30% dari total kebutuhan tenaga kesehatan di DTPK sebesar:
 - a. Dokter Spesialis sebesar Rp.7.500.000,- per bulan
 - b. Dokter dan tenaga kesehatan setara S1 lainnya sebesar Rp. 5.000.000,- per bulan
 - c. Tenaga kesehatan setara D3 sebesar Rp. 2.500.000,- per bulan.
- 4. Biaya orientasi tenaga kesehatan yang baru direkrut sebanyak 1 (satu) kali per orang.
 - a. Setara golongan III :6 juta
 - b. Setara golongan II : 5 juta

Berikut adalah estimasi pembiayaan untuk pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan tahun 2012 sampai dengan tahun 2014.

Tabel IX-1: Estimasi Biaya Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Tahun 2012

| Instansi | Insentif | Penempatan | Orientasi | Gaji | Jumlah |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| RS pemerintah dan puskesmas | 3,829,715,750,000 | 209,474,784,444 | 168,931,277,778 | 9,880,548,393,333 | 14,088,670,205,556 |
| RS TNI | - | 1,963,333,333 | 1,583,333,333 | 151,219,600,000 | 154,766,266,667 |
| RS POLRI | - | 1,578,933,333 | 1,273,333,333 | 26,750,760,000 | 29,603,026,667 |
| Jumlah | 3,829,715,750,000 | 213,017,051,111 | 171,787,944,444 | 10,058,518,753,333 | 14,273,039,498,889 |

Tabel IX-2: Estimasi Biaya Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Tahun 2013

| Instansi | Insentif | Penempatan | Orientasi | Gaji | Jumlah |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| RS pemerintah dan puskesmas | 4,518,836,050,000 | 209,174,784,444 | 168,931,277,778 | 11.939.695.724.667 | 16.836.937.836.889 |
| RS TNI | - | 1,963,333,333 | 1,583,333,333 | 178.317.680.000 | 181.864.346.667 |
| RS POLRI | - | 1,578,933,333 | 1,273,333,333 | 36.522.108.000 | 39.374.374.667 |
| Jumlah | 4,518,836,050,000 | 213,017,051,111 | 171,787,944,444 | 12.154.535.512.667 | 17.058.176.558.222 |

Tabel IX-3: Estimasi Biaya Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Tahun 2014

| Instansi | Insentif | Penempatan | Orientasi | Gaji | Jumlah |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| RS pemerintah dan puskesmas | 4.823.170.575.000 | 209.474.784.444 | 168.931.277.778 | 14.006.852.554.000 | 19.208.429.191.222 |
| RS TNI | - | 1.963.333.333 | 1.583.333.333 | 178.317.680.000 | 181.864.346.667 |
| RS POLRI | - | 1.578.933.333 | 1.273.333.333 | 46.718.604.000 | 49.570.870.667 |
| Jumlah | 4.823.170.575.000 | 213.017.051.111 | 171.787.944.444 | 14.231.888.838.000 | 19.439.864.408.556 |

B. PEMBIAYAAN UNTUK PENGADAAN/PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

Pembiayaan dalam rangka pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan dihitung untuk mengisi kekurangan jumlah tenaga kesehatan serta untuk meningkatkan kapasitas produksi. Komponen biaya pengadaan/pendidikan yang dihitung adalah biaya pendidikan rata-rata per orang per tahun untuk jenis tenaga kesehatan tertentu. Estimasi rata-rata satuan biaya pendidikan adalah sebagai berikut:

1. Dokter spesialis sebesar Rp. 125.000.000,- per tahun dengan masa pendidikan rata-rata 5 tahun
2. Dokter umum sebesar Rp. 60.000.000,- per tahun dengan masa pendidikan rata-rata 5 tahun
3. Dokter gigi sebesar Rp. 70.000.000,- per tahun dengan masa pendidikan rata-rata 5 tahun
4. Apoteker sebesar Rp. 55.000.000,- per tahun dengan masa pendidikan rata-rata 5 tahun
5. Sarjana Kesehatan Masyarakat sebesar Rp. 20.000.000,- per tahun dengan masa pendidikan rata-rata 4 tahun
6. Diploma 3 (perawat, bidan, sanitarian, gizi, asisten apoteker, keteknisian medis dan keterampilan fisik,) sebesar Rp. 15.000.000,- per tahun dengan masa pendidikan rata-rata 3 tahun

Pada Tabel IX-4 di bawah ini dapat dilihat estimasi pembiayaan pendidikan tenaga kesehatan berdasarkan data jumlah kekurangan tenaga kesehatan sampai dengan tahun 2014:

Tabel IX-4: Estimasi Pembiayaan Pendidikan Tenaga Kesehatan dan Peningkatan Kapasitas Pendidikan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2014

| Jenis Tenaga Kesehatan | Pendidikan Nakes | | Peningkatan Kapasitas Diknakes | |
|------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| | Jml Lulusan Nakes 2011-2013 | Biaya | Peningkatan Jml Lulusan Nakes | Biaya |
| Dokter Spesialis | 1,098 | 549,000,000,000 | 8,291 | 1,036,375,000,000 |
| Dokter | 20,817 | 4,996,080,000,000 | 12,956 | 777,360,000,000 |
| Dokter gigi | 5,025 | 1,407,000,000,000 | - | - |
| Perawat | 86,505 | 3,892,725,000,000 | - | - |
| Bidan | 55,635 | 2,503,575,000,000 | - | - |
| Perawat gigi | 3,255 | 146,475,000,000 | - | - |
| Apoteker | 11,838 | 2,604,360,000,000 | - | - |
| Asisten Apoteker | 14,592 | 656,640,000,000 | - | - |
| SKM | 18,522 | 1,481,760,000,000 | - | - |
| Sanitarian | 5,055 | 227,475,000,000 | 5,632 | 84,480,000,000 |
| Gizi | 7,248 | 326,160,000,000 | 6,477 | 97,155,000,000 |
| Keterampilan fisik | 2,190 | 98,550,000,000 | 1,917 | 28,755,000,000 |
| Keteknisian Medis | 12,321 | 554,445,000,000 | - | - |
| Jumlah | 244,101 | 19,444,245,000,000 | 35,273 | 2,024,125,000,000 |

BAB V

RENCANA PENGADAAN/PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

A. PENYESUAIAN KAPASITAS PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

Pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan merupakan komponen upaya yang penting dari pengembangan tenaga kesehatan, guna menjamin pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan. Dalam Bab IV telah dihitung kebutuhan tenaga kesehatan, yang secara nasional dihitung dengan memperhatikan target pencapaian status kesehatan dan menggunakan metode dengan nilai tertentu. Dari perhitungan tersebut didapatkan kebutuhan tenaga kesehatan yang harus disediakan menurut jenis tenaga kesehatan untuk tahun 2014, 2019, dan 2025.

Dari kebutuhan tenaga kesehatan yang perlu disediakan pada tahun 2014, 2019, dan 2025, dan berdasarkan ketersediaan tenaga kesehatan pada tahun 2010 serta mempertimbangkan jumlah lulusan tenaga kesehatan dan atrisi setiap tahunnya, maka diperoleh kekurangan/kelebihan tenaga kesehatan, seperti telah dikemukakan dalam Bab IV.D.

Untuk memenuhi kekurangan tenaga kesehatan tertentu diperlukan peningkatan jumlah lulusan tenaga kesehatan melalui peningkatan kapasitas pendidikan. Pada Tabel V-1 berikut dapat dilihat rencana peningkatan kapasitas pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan:

Tabel V-1: Rencana Peningkatan Kapasitas Pengadaan/Pendidikan Tenaga Kesehatan Tahun 2014, 2019 dan 2025

| No | Jenis tenaga | Tahun 2014 | | | Tahun 2019 | | | Tahun 2025 | | |
|----|--------------------|------------|-----------------------------|----------------------------------|------------|-----------------------------|----------------------------------|------------|-----------------------------|----------------------------------|
| | | Kekurangan | Jumlah lulusan th 2011-2013 | Peningkatan kapasitas pendidikan | Kekurangan | Jumlah lulusan th 2014-2018 | Peningkatan kapasitas pendidikan | Kekurangan | Jumlah lulusan th 2019-2024 | Peningkatan kapasitas pendidikan |
| 1 | Dokter Spesialis | 9,389 | 1,098 | 8,291 | 42,771 | 1,830 | 40,941 | 57,949 | 2,196 | 55,753 |
| 2 | Dokter umum | 33,773 | 20,817 | 12,956 | 140,402 | 34,695 | 105,707 | 172,864 | 41,634 | 131,230 |
| 3 | Asisten Apoteker | 6,381 | 14,592 | - | 54,036 | 24,320 | 29,716 | 64,325 | 29,184 | 35,141 |
| 4 | Sanitarian | 10,687 | 5,055 | 5,632 | 46,409 | 8,425 | 37,984 | 59,074 | 10,110 | 48,964 |
| 5 | Gizi | 13,725 | 7,248 | 6,477 | 75,722 | 9,060 | 66,662 | 101,070 | 10,872 | 90,198 |
| 6 | Keterampilan fisik | 4,107 | 2,190 | 1,917 | 18,137 | 3,650 | 14,487 | 22,931 | 4,380 | 18,551 |

Untuk jenis tenaga kesehatan lainnya yaitu dokter gigi, apoteker, perawat, bidan, perawat gigi, SKM, dan keteknisian medis yang diperkirakan jumlah lulusannya melebihi kebutuhan, perlu dilakukan pengurangan jumlah lulusan, dengan cara antara lain:

1. Penutupan program studi yang tidak memenuhi persyaratan akreditasi.
2. Pengurangan penerimaan mahasiswa pada program studi yang memenuhi syarat akreditasi.
3. Tidak memberikan ijin operasional baru untuk pembukaan program studi.

B. PENGEMBANGAN PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

Pengembangan pendidikan tenaga kesehatan perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Kualifikasi dan jumlah lulusan tenaga kesehatan perlu memperhatikan dengan seksama kebutuhan pembangunan kesehatan. Untuk itu, maka sistem pendidikan tenaga kesehatan perlu disusun secara terarah dan menyeluruh, serta dikaitkan secara harmonis, efektif dan efisien dengan sistem kesehatan.
2. Standar pendidikan tenaga kesehatan harus sesuai dengan standar kompetensi yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yaitu didasarkan pada standar pelayanan kesehatan.
3. Dengan adanya standar pendidikan tenaga kesehatan, dapat dijadikan landasan dalam peningkatan kualitas pendidikan dan kualitas lulusan tenaga kesehatan.
4. Kualitas lulusan tenaga kesehatan harus dapat diakui dalam pasar kerja pelayanan kesehatan, baik di dalam negeri maupun permintaan dari luar negeri.

Dengan memperhatikan hal-hal tersebut di atas, maka upaya peningkatan pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan dilakukan melalui upaya sebagai berikut :

1. Penataan kerangka pendidikan tenaga kesehatan.

Penataan kerangka pendidikan tenaga kesehatan meliputi penyusunan roadmap jenis dan jenjang pendidikan tenaga kesehatan dengan mendasarkan pada standar pendidikan, standar kompetensi, dan standar pelayanan kesehatan. Dalam penentuan standar pendidikan tenaga kesehatan perlu mendasarkan pada penguatan pendidikan tenaga kesehatan setelah diadakan tinjauan yang luas.

2. Peningkatan akses dan pemerataan pendidikan tenaga kesehatan.

Peningkatan akses dan pemerataan pendidikan tenaga kesehatan dilakukan melalui distribusi program studi, perizinan program studi baru yang didasarkan atas *"trace & need assessment"*.

3. Penataan aset/sumber daya pendidikan tenaga kesehatan.

Penataan aset/sumber daya pendidikan tenaga kesehatan meliputi sumber daya manusia (jumlah dan kualifikasi dosen), serta sarana dan prasarana (sarana institusi, sarana pembelajaran, dan wahana pendidikan).

4. Pengembangan sistem penjaminan kualitas pendidikan tenaga kesehatan.

Pengembangan sistem penjaminan mutu pendidikan tenaga kesehatan meliputi kualitas calon peserta didik, kualitas lulusan tenaga kesehatan, kualitas dosen dan kualitas pengelolaan institusi. Dalam kerangka pengembangan sistem penjaminan kualitas pendidikan tenaga kesehatan ini dapat dikembangkan kerjasama dengan institusi pendidikan di luar negeri.

BAB VI

PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN

Pendayagunaan tenaga kesehatan adalah upaya pemerataan dan pemanfaatan serta pengembangan tenaga kesehatan. Pendayagunaan tenaga kesehatan, utamanya dalam rangka pemerataan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan rencana kebutuhan tenaga kesehatan, baik untuk memenuhi kebutuhan pada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun fasilitas pelayanan kesehatan swasta. Pemerataan tenaga kesehatan juga dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan sebagai administrator kesehatan, regulator, pendidik, peneliti, dan tenaga pemberdayaan masyarakat.

Pendayagunaan tenaga kesehatan mencakup pendayagunaan tenaga kesehatan di dalam negeri dan di luar negeri. Pendayagunaan tenaga kesehatan di dalam negeri termasuk pula pendayagunaan tenaga kesehatan Warga Negara Asing (WNA). Sedangkan pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri adalah dalam kerangka pemenuhan permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri dan penciptaan lapangan kerja yang lebih luas bagi tenaga kesehatan.

Pengembangan tenaga kesehatan pada hakekatnya berfokus pada pengembangan karir, yaitu proses berkelanjutan yang terutama terdiri dari perencanaan karir, baik individual maupun organisasional, dan pelaksanaan peningkatan karir serta dukungan pengembangan karir. Peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan diupayakan melalui penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan.

A. PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN DI DALAM NEGERI.

1. Pemerataan dan Pemanfaatan

a. Pendayagunaan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan pemerintah.

Pendayagunaan tenaga kesehatan dalam kaitannya dengan peningkatan pemerataan dan pemanfaatannya diselenggarakan guna mengisi kekurangan tenaga kesehatan. Kekurangan tenaga kesehatan dihitung dengan memperhatikan kebutuhan dan ketersediaan tenaga kesehatan serta pengurangan (atrasi). Upaya pemenuhan tenaga kesehatan di wilayah tertentu dapat dilaksanakan dengan cara memobilisasi tenaga kesehatan antar wilayah secara terkoordinasi.

Peningkatan pemerataan dan pemanfaatan tenaga kesehatan, perlu memperhatikan kekurangan tenaga kesehatan di rumah sakit umum milik Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah, TNI dan POLRI serta Puskesmas. Kekurangan tersebut dapat dilihat pada Tabel VI-1 berikut:

Tabel VI-1: Kebutuhan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Milik Kementerian Kesehatan Dan Pemerintah Daerah Tahun 2014, 2019 dan 2025

| NO | Jenis Tenaga | 2014 | | 2019 | | 2025 | |
|----|--------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | Kebutuhan | Kekurangan | Kebutuhan | Kekurangan | Kebutuhan | Kekurangan |
| 1 | Dokter Spesialis | 8,626 | 1,792 | 18,109 | 10,561 | 23,422 | 8,029 |
| 2 | Dokter Umum | 4,183 | - | 7,299 | 3,639 | 10,284 | 4,080 |
| 3 | Dokter Gigi | 978 | - | 1,785 | 929 | 2,524 | 1,007 |
| 4 | Keperawatan | 60,022 | - | 140,137 | 87,618 | 183,684 | 64,568 |
| 5 | Apoteker | 1,622 | - | 3,038 | 1,619 | 4,054 | 1,472 |
| 6 | Asisten Apoteker | 3,244 | - | 6,076 | 3,238 | 8,108 | 2,943 |
| 7 | SKM | 967 | - | 1,748 | 902 | 2,480 | 994 |
| 8 | Sanitarian | 978 | - | 1,785 | 929 | 2,524 | 1,007 |
| 9 | Gizi | 978 | - | 1,785 | 929 | 2,524 | 1,007 |
| 10 | Keterampilan Fisik | 2,418 | 889 | 4,479 | 2,363 | 6,504 | 2,697 |
| 11 | Keteknisian Medis | 4,879 | - | 20,119 | 15,850 | 34,682 | 17,581 |

Catatan: Kebutuhan merupakan perhitungan dengan menggunakan standar ketenagaan pada fasilitas kesehatan.

Tabel VI-2: Kebutuhan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan Di Fasilitas Kesehatan/ Rumah Sakit TNI/ Rumah sakit Bhayangkara Polri Tahun 2014, 2019, dan 2025

| NO | Jenis Tenaga | 2014 | | | | 2019 | | | | 2025 | | | |
|----|------------------|-----------|-------|------------|-------|-----------|-------|------------|-------|-----------|-------|------------|-------|
| | | Kebutuhan | | Kekurangan | | Kebutuhan | | Kekurangan | | Kebutuhan | | Kekurangan | |
| | | TNI | POLRI | TNI | POLRI | TNI | POLRI | TNI | POLRI | TNI | POLRI | TNI | POLRI |
| 1 | Dokter Spesialis | 550 | 36 | 135 | 36 | 800 | 72 | 160 | 108 | 900 | 108 | 185 | 108 |
| 2 | Dokter Umum | 1400 | 40 | 240 | 40 | 1500 | 80 | 170 | 120 | 1600 | 120 | 195 | 120 |
| 3 | Dokter Gigi | 600 | 13 | 50 | 13 | 700 | 26 | 140 | 39 | 800 | 39 | 90 | 39 |
| 4 | Keperawatan | 1870 | 430 | 120 | 430 | 1200 | 516 | 60 | 602 | 2500 | 602 | 150 | 602 |
| 5 | Apoteker | 230 | 20 | 50 | 20 | 255 | 30 | 90 | 40 | 300 | 40 | 65 | 40 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|----|-----|----|
| 6 | Asisten Apoteker | 650 | 30 | 80 | 30 | 680 | 45 | 30 | 60 | 850 | 60 | 110 | 60 |
| 7 | SKM | 150 | 15 | 35 | 15 | 160 | 25 | 50 | 30 | 175 | 30 | 35 | 30 |
| 8 | Sanitarian | 120 | 45 | 60 | 45 | 130 | 48 | 50 | 51 | 145 | 51 | 55 | 51 |
| 9 | Gizi | 120 | 45 | 60 | 45 | 130 | 48 | 50 | 51 | 145 | 51 | 55 | 51 |
| 10 | Keterampilan Fisik | 100 | 45 | 60 | 45 | 110 | 48 | 50 | 51 | 125 | 51 | 55 | 51 |
| 11 | Keteknisian Medis | 150 | 45 | 60 | 45 | 125 | 48 | 50 | 51 | 135 | 51 | 55 | 51 |

Sumber: Pusdokkes Polri, 2010
Kesehatan Kemhan dan TNI, 2010

Tabel VI-3: Kebutuhan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Tahun 2014, 2019 dan 2025

| NO | Jenis Tenaga | 2014 | | 2019 | | 2025 | |
|----|-------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | Kebutuhan | Kekurangan | Kebutuhan | Kekurangan | Kebutuhan | Kekurangan |
| 1 | Dokter Umum | 11,925 | - | 53,531 | 43,097 | 98,137 | 52,636 |
| 2 | Dokter Gigi | 9,005 | 3,479 | 8,558 | 679 | 8,111 | 837 |
| 3 | Keperawatan | 240,515 | 88,305 | 230,681 | 20,230 | 220,847 | 24,768 |
| 4 | Apoteker | 2,920 | 7,774 | 2,473 | 679 | 2,026 | 837 |
| 5 | Asisten Apoteker | 9,005 | 3,638 | 8,558 | 679 | 8,111 | 837 |
| 6 | SKM | 9,005 | 3,248 | 8,558 | 679 | 8,111 | 837 |
| 7 | Sanitarian | 9,005 | 1,225 | 8,558 | 679 | 8,111 | 837 |
| 8 | Gizi | 9,005 | 2,197 | 8,558 | 679 | 8,111 | 837 |
| 9 | Keterapian Fisik | - | - | - | - | - | - |
| 10 | Keteknisian Medis | 9,005 | 4,994 | 8,558 | 679 | 8,111 | 837 |

Catatan: Kebutuhan merupakan perhitungan dengan menggunakan standar ketenagaan pada fasilitas kesehatan.

Tabel VI-4: Kebutuhan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan di Kantor Kesehatan Pelabuhan Tahun 2014, 2019 dan 2025

| NO | Jenis Tenaga | 2014 | | 2019 | | 2025 | |
|----|---------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | Kebutuhan | Kekurangan | Kebutuhan | Kekurangan | Kebutuhan | Kekurangan |
| 1 | S2 Kesmas | 229 | | 249 | | 315 | |
| 2 | Dokter Umum | 344 | | 359 | | 443 | |
| 3 | S1 Kesmas | 281 | | 294 | | 364 | |
| 4 | D3 Kesling | 653 | | 678 | | 863 | |
| 5 | D3 Keperawatan | 653 | | 678 | | 863 | |
| 6 | Apoteker | 88 | | 94 | | 118 | |
| 7 | D3 Farmasi | 32 | | 37 | | 49 | |
| 8 | D3 Analis Kesehatan | 56 | | 57 | | 69 | |

| | | | | | | | |
|---|--------------|----|--|----|--|----|--|
| 9 | D3 Radiologi | 32 | | 37 | | 49 | |
|---|--------------|----|--|----|--|----|--|

Pendayagunaan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan pemerintah dapat dilakukan sebagai pegawai negeri sipil (PNS), anggota TNI dan POLRI, pegawai tidak tetap (PTT), maupun penugasan khusus.

1) Pengangkatan PNS, Prajurit TNI, PNS Kemhan dan Pegawai Negeri pada POLRI.

Untuk memenuhi tenaga kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK) diupayakan untuk diangkat sebagai PNS dan dapat melanjutkan pendidikan dengan bantuan pembiayaan dari pemerintah (tugas belajar), dengan kewajiban untuk kembali ke tempat tugas asal dalam waktu masa bakti yang ditentukan.

Untuk menjamin retensi tenaga kesehatan di DTPK, dalam jangka panjang dapat ditempuh ikatan dinas untuk pendidikan tenaga kesehatan bagi penduduk setempat, dan otomatis diangkat sebagai PNS di daerah asal. Ikatan dinas ini dapat juga dilaksanakan untuk non penduduk DTPK, sejauh pasca pendidikan yang bersangkutan bersedia diangkat sebagai PNS dan ditempatkan di DTPK dalam waktu yang telah ditetapkan.

Tenaga kesehatan sebagai PNS diperhatikan pengembangan karirnya ke depan, baik dalam kenaikan pangkat, kenaikan gaji berkala, pengembangan karir, dan pendidikan berkelanjutannya. Khusus untuk DTPK, pemerintah juga perlu memberikan imbalan/insentif khusus, baik material maupun non material. Dengan demikian, pengangkatan tenaga kesehatan sebagai PNS, Prajurit TNI, PNS Kemhan dan Pegawai Negeri pada POLRI dilaksanakan dengan memperhatikan kemampuan keuangan Negara.

2) Pegawai Tidak Tetap (PTT).

Dalam kondisi masih terbatasnya formasi PNS, pengangkatan tenaga kesehatan sebagai PTT masih dilakukan. Pengangkatan tenaga kesehatan sebagai PTT diupayakan dapat diperluas, tidak terbatas pada tenaga dokter, dokter gigi dan bidan saja.

Khusus untuk tenaga dokter, dengan sudah dilaksanakannya program internship dokter, ke depan akan dapat menggantikan pengangkatan dokter sebagai PTT.

3) Penugasan khusus.

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di DTPK dan daerah bermasalah kesehatan (DBK), dalam situasi keterbatasan formasi PNS, dilakukan dengan cara penugasan khusus. Pemerintah mengupayakan sistem imbalan baik material maupun non material yang memadai sesuai dengan kondisi daerah penempatan. Imbalan non material antara lain berupa lingkungan kerja yang kondusif termasuk upaya peningkatan sarana dan prasarana di fasilitas pelayanan kesehatan di DTPK.

Pemerintah mengupayakan adanya kesamaan perlakuan termasuk imbalan yang diperoleh antara tenaga kesehatan yang sudah ada sebagai PNS di DTPK dengan tenaga kesehatan dengan penugasan khusus.

4) Inovasi pendayagunaan lainnya

Sebagai upaya distribusi/pemerataan dan pemanfaatan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dalam rangka peningkatan akses masyarakat kepada pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau, maka selain berbagai upaya tersebut diatas, pemerintah pusat dan daerah dapat melakukan berbagai inovasi pendayagunaan tenaga kesehatan. Inovasi pendayagunaan antara lain dalam melayani daerah pegunungan dan kepulauan yang sulit dijangkau dan penduduknya tersebar, dapat dibentuk Tim Mobile, Dokter Terbang, Tim tenaga kesehatan di RS lapangan, maupun kontrak tenaga kesehatan atas dasar kinerja atau output tertentu.

Dalam menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan utamanya di DTPK dan daerah yang tidak diminati, upaya retensi perlu dilakukan yang antara lain meliputi pemberian insentif, bantuan pendidikan (bea siswa), pemberian kewenangan tambahan terbatas untuk tenaga kesehatan di daerah terpencil/ sangat terpencil, serta peningkatan kesehatan dan keselamatan lingkungan kerja.

1) Pemberian insentif

Jenis insentif mencakup material dan non material. Insentif material diharapkan tidak terbatas diberikan pada tenaga kesehatan kontrak seperti PTT dan penugasan khusus namun juga pada tenaga kesehatan PNS. Prinsip dalam pemberian insentif mencakup besaran yang memadai, merata dan berkeadilan, dapat disalurkan dan dimonitor. Besaran insentif dapat ditentukan berdasarkan tingkat keterpencilan atau tingkat kesulitan lokasi penugasan serta kinerja atau luaran pekerjaan yang ditargetkan. Insentif non material lainnya adalah penghargaan sebagai tenaga kesehatan teladan.

2) Bantuan pendidikan (bea siswa)

Bantuan pendidikan yang disertai kewajiban menunaikan masa bakti pasca pendidikan selama waktu tertentu, selain bertujuan untuk peningkatan tenaga kesehatan secara jumlah, mutu dan jenis, juga dimaksudkan sebagai bagian dari insentif non material.

3) Pemberian kewenangan tambahan terbatas bagi tenaga kesehatan (*privileging policy*).

Pemberian kewenangan tambahan terbatas bagi tenaga kesehatan yang melaksanakan praktik kesehatan diluar kewenangannya di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK) sebagai bentuk perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan untuk waktu tertentu dimana tidak ada tenaga kesehatan yang berwenang.

4) Peningkatan kesehatan dan keselamatan lingkungan kerja

Masalah keamanan di tempat tugas yang berisiko pada kesehatan dan keselamatan jiwa perlu mendapatkan perhatian. Asuransi kesehatan dan asuransi kecelakaan, perlu dipertimbangkan untuk tenaga kesehatan yang bertugas di tempat kerja yang berisiko tersebut.

b. Pendayagunaan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan swasta.

Swasta melakukan rekrutmen dan penempatan tenaga kesehatan sesuai kebutuhannya. Pemerintah dapat memfasilitasi upaya pemenuhan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan swasta dengan kriteria yang telah ditetapkan.

Swasta juga harus mengembangkan dan menerapkan pola penggajian dan pengembangan karir tenaga kesehatan, serta adanya sistim imbalan baik material maupun non material yang memadai sesuai dengan jenis dan tempat tugas tenaga kesehatan.

c. Pendayagunaan tenaga kesehatan Warga Negara Asing (WNA).

Di era globalisasi dengan berlakunya pasar bebas termasuk jasa di bidang kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan Warga Negara Asing, dapat dilaksanakan. Pendayagunaan tenaga kesehatan WNA ini harus benar-benar memperhatikan kebutuhan dan diutamakan untuk jenis tenaga kesehatan yang terbatas pengadaannya di dalam negeri. Untuk menjamin mutu dari pendayagunaan tenaga kesehatan Warga Negara Asing tersebut perlu dilakukan pengawasan pemanfaatannya.

2. Pengembangan Tenaga Kesehatan

a. Pengembangan Karir

Pemerintah, pemerintah daerah dan swasta mengembangkan dan menerapkan pola karir tenaga kesehatan yang dilakukan secara transparan, terbuka dan lintas institusi melalui jenjang jabatan struktural dan jabatan fungsional. Pemerintah/Pemerintah Daerah bersama organisasi profesi dan swasta mengupayakan penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan karir dan profesionalisme tenaga kesehatan.

Pengembangan karir yang berkaitan dengan PNS dilaksanakan dengan mengacu pada prinsip penyusunan pola karir PNS yaitu:

- 1) Prinsip profesionalisme: bahwa pengembangan karir didasarkan pada kompetensi dan prestasi
- 2) Prinsip terbuka: bahwa dimungkinkan perpindahan secara instansional maupun lintas instansi.
- 3) Prinsip objektivitas dan berkeadilan: bahwa pengembangan karir harus menjamin kesesuaian dengan alur karir yang telah ditetapkan dan memberikan kesempatan yang sama kepada PNS yang memiliki kompetensi yang sama.

b. Pendidikan berkelanjutan

Pendidikan berkelanjutan merupakan suatu upaya sistematis untuk meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan. Upaya sistematis tersebut mencakup peningkatan kompetensi yang mengarah pada spesialisasi profesi tertentu; pendidikan dan pelatihan teknis terkait jabatan fungsional; serta pendidikan dan pelatihan penjenjangan.

c. *In-service training*

In-service training merupakan pelatihan jangka pendek bagi pegawai yang sudah bekerja. Pelatihan ini bertujuan untuk mempertahankan serta meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan sehingga berdampak pada kinerja individu yang pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan. *In-service training* sendiri lebih difokuskan kepada kompetensi khusus dari tenaga kesehatan tersebut.

B. PENDAYAGUNAAN TENAGA KESEHATAN DI LUAR NEGERI.

Pendayagunaan tenaga kesehatan juga dilakukan dalam kerangka pemenuhan permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri, yang dilaksanakan dengan memperhatikan keserasian antara kebutuhan tenaga kesehatan di dalam negeri dan kemampuan pengadaannya. Dalam hal ini pendayagunaan tenaga kesehatan diutamakan pada pemenuhan kebutuhan dalam negeri.

Pemerintah melakukan pembinaan dan pengawasan pendayagunaan tenaga kesehatan ke luar negeri yang dilakukan melalui PPTKIS. Di masa mendatang

pemenuhan permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri diarahkan melalui kerjasama antar pemerintahan (*Government to Government*).

Pemerintah melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pemanfaatan tenaga kesehatan di luar negeri, dalam mewujudkan atau melindungi hak-hak dan hak asasi tenaga kesehatan di luar negeri.

BAB VII
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
MUTU TENAGA KESEHATAN

A. PEMBINAAN TENAGA KESEHATAN

Pembinaan tenaga kesehatan adalah upaya untuk mengarahkan, memberikan dukungan, serta mengawasi pengembangan tenaga kesehatan. Pembinaan tenaga kesehatan dimulai dari institusi yang menggunakan/mendayagunakan tenaga kesehatan baik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta, institusi pendidikan dan pelatihan, instansi pemerintah, pusat/lembaga penelitian, dan tenaga kesehatan sebagai individu.

Pembinaan tenaga kesehatan dapat dilakukan secara langsung/aktif dengan mengunjungi objek yang menjadi sasaran pembinaan, maupun secara tidak langsung yaitu dengan melakukan pengujian dan analisis atas laporan penyelenggaraan pembinaan tenaga kesehatan oleh institusi yang menggunakan/mendayagunakan tenaga kesehatan. Kegiatan pembinaan pada institusi, ditekankan pada asupan (*input*), proses dan luaran (*output*) dari penyelenggaraan pembinaan tenaga kesehatan yang meliputi administrasi, teknis/substansi, fisik, dan pembinaan etika profesi.

Pembinaan tenaga kesehatan terhadap individu tenaga kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kinerja dan pengabdian profesi tenaga kesehatan, yang dilakukan melalui pembinaan karir, penegakan disiplin dan pembinaan profesi tenaga kesehatan. Pembinaan karir tenaga kesehatan meliputi kenaikan pangkat, jabatan dan pemberian penghargaan baik materiil maupun non materiil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Penegakan disiplin tenaga kesehatan menjadi tanggung jawab penyelenggara dan/atau pimpinan institusi/fasilitas/sarana kesehatan yang bersangkutan, yang dilaksanakan dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pembinaan profesi tenaga kesehatan dilaksanakan melalui bimbingan, pendidikan dan pelatihan berkelanjutan termasuk *continuing professional development*, serta penetapan standar profesi tenaga kesehatan. Pembinaan profesi tenaga kesehatan diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi.

Pembinaan tenaga kesehatan sebagai individu dilakukan baik untuk tenaga kesehatan di dalam negeri, tenaga kerja kesehatan Indonesia (TKKI) yang bekerja di luar negeri, maupun tenaga kesehatan warga negara asing (TKWNA) yang bekerja di Indonesia. Untuk mengantisipasi diberlakukannya pasar bebas termasuk dalam sektor jasa, diperlukan suatu institusi independen yang berfungsi

untuk membina dan mengawasi tenaga kesehatan asing yang bekerja di Indonesia.

Dalam rangka penegakan hukum sesuai peraturan perundangan yang berlaku, baik bagi pemenuhan hak-hak masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas, maupun untuk pemenuhan hak-hak tenaga kesehatan, perlu dikembangkan dan ditingkatkan kembali Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS), khususnya bagi tenaga kesehatan yang berstatus Pegawai Negeri Sipil/PNS.

Hasil dari pembinaan untuk selanjutnya dipakai sebagai bahan analisis guna penyusunan kebijakan baik untuk memperbaiki kebijakan yang sudah ada atau menyusun kebijakan baru sesuai situasi dan kondisi yang dihadapi.

B. PENGAWASAN MUTU TENAGA KESEHATAN

Pengawasan mutu tenaga kesehatan diarahkan untuk memberikan dukungan, dan mengawasi tenaga kesehatan dalam rangka menjamin mutu tenaga kesehatan guna melindungi hak-hak masyarakat dan hak-hak tenaga kesehatan.

Pengawasan mutu tenaga kesehatan adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan sesuai kompetensi yang diharapkan dan pengetahuan serta keterampilan di bidangnya sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Pengawasan mutu tenaga kesehatan dimulai dari institusi yang menghasilkan/memproduksi tenaga kesehatan, institusi yang menggunakan/ mendayagunakan tenaga kesehatan baik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta, institusi pendidikan dan pelatihan, instansi pemerintah, pusat/ lembaga penelitian, dan tenaga kesehatan sebagai individu.

Untuk pengawasan keprofesian tenaga dokter dan dokter gigi, dilakukan oleh institusi independen yang disebut Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) yang berada di bawah Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). MKDKI berwenang menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi serta menetapkan sanksi disiplin.

Pengawasan keprofesian tenaga kefarmasian dilakukan oleh Komite Farmasi Nasional (KFN) yang berwenang menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan apoteker dalam penerapan disiplin ilmu kefarmasian serta menetapkan sanksi disiplin. Sedangkan pengawasan untuk tenaga kesehatan lainnya dilakukan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) di tingkat pusat dan Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP) di daerah.

Pengawasan praktik profesi bagi tenaga kesehatan profesi dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan pemberian lisensi bagi tenaga kesehatan yang memenuhi syarat.

Sertifikasi tenaga kesehatan diberikan dalam bentuk ijazah oleh institusi pendidikan tenaga kesehatan, dan sertifikat kompetensi diberikan oleh pemerintah setelah dinyatakan lulus uji kompetensi yang dilaksanakan oleh organisasi profesi terkait.

Registrasi tenaga kesehatan untuk dapat melakukan praktik profesi di seluruh wilayah Indonesia, diberikan oleh Pemerintah yang dapat dilimpahkan kepada Pemerintah Daerah. Dalam pelaksanaan registrasi, pemerintah dapat melimpahkannya kepada KKI, KFN, MTKI, dan MTKP.

Perizinan/lisensi tenaga kesehatan profesi untuk melaksanakan praktik diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang dalam pelaksanaannya dilakukan oleh instansi kesehatan di wilayah bersangkutan, setelah mendapatkan rekomendasi dari organisasi profesi terkait.

Hasil dari pengawasan mutu tenaga kesehatan selanjutnya digunakan sebagai bahan analisis dalam penyusunan kebijakan, baik memperbaiki kebijakan yang sudah ada atau menyusun kebijakan baru sesuai situasi dan kondisi yang dihadapi.

BAB VIII

PENYELENGGARAAN PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN

Rencana Strategis Pengembangan Tenaga Kesehatan telah disusun berdasarkan keadaan dan masalah yang dihadapi dewasa ini, dan perkiraan keadaan kedepan sampai tahun 2025. Namun demikian bila terjadi perubahan lingkungan strategis yang memang bertambah kompleks, cepat berubah dan sering tidak terduga, maka rencana ini perlu disesuaikan sesuai keperluannya.

A. PROSES PENYELENGGARAAN RENCANA PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN

Penyelenggaraan Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan perlu menerapkan prinsip-prinsip koordinasi, integrasi dan sinergisme antar para pemangku kepentingan dalam pengembangan tenaga kesehatan.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, maka penyelenggaraan Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan dilaksanakan melalui proses :

1. Penetapan Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan

Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan yang merupakan acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam penyelenggaraan pengembangan tenaga kesehatan, perlu ditetapkan sebagai produk peraturan perundang-undangan yang mempunyai kepastian hukum yang mengikat sebagai pedoman atau acuan bagi semua pemangku kepentingan.

2. Sosialisasi Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan

Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan perlu disosialisasikan kepada semua pemangku kepentingan, guna memperoleh komitmen dan kontribusi/dukungan dalam penyelenggaraan pengembangan tenaga kesehatan. Sasaran sosialisasi adalah semua penentu kebijakan dan penanggung jawab kegiatan pengembangan tenaga kesehatan, baik di lingkungan pemerintah secara lintas sektor, dan masyarakat termasuk swasta.

Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat melaksanakan sosialisasi Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan.

3. Fasilitasi Penyelenggaraan Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan

Agar penyelenggaraan pengembangan tenaga kesehatan dapat lebih terarah dalam mencapai tujuan dan sasaran seperti tercantum dalam Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan, Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat melakukan fasilitasi sesuai kebutuhannya. Dalam operasionalnya, Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat dibantu oleh Tim Koordinasi dan Fasilitasi Pengembangan Tenaga Kesehatan yang dibentuk di pusat dan provinsi.

4. Evaluasi Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan

Evaluasi Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 - 2025 ditujukan untuk mengetahui kemajuan dan keberhasilan upaya pengembangan Tenaga Kesehatan selama kurun waktu 2011 - 2025.

Evaluasi Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 - 2025 dilakukan sebagai berikut :

1. Penilaian tahapan lima tahunan, yang dilaksanakan pada akhir tahun 2014, 2019 dan 2025.
2. Penilaian tengah periode lima tahunan yang dilaksanakan pada tahun 2017 dan 2023.

Evaluasi Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025 dilakukan dengan menilai pencapaian sasaran atau target yang telah ditetapkan untuk tahun 2014, 2019, dan 2025 yang tercantum dalam Bab III: Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, dan Strategi; serta pelaksanaan upaya atau kegiatan pada Bab V: Rencana Pengadaan/Pendidikan Tenaga Kesehatan, Bab VI: Pendayagunaan Tenaga Kesehatan, dan Bab VII: Pembinaan dan Pengawasan Mutu Tenaga Kesehatan.

B. PENYELENGGARAAN RENCANA PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN

Penyelenggaraan Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan ini merupakan tanggung jawab semua komponen bangsa, baik pemerintah secara lintas sektor termasuk pemerintah daerah dan masyarakat termasuk swasta.

Sesuai dengan tugas, fungsi serta kewenangannya masing-masing, para pemangku kepentingan melakukan peran dan berkontribusi dalam pengembangan tenaga kesehatan sebagai berikut :

1. Dukungan pengembangan tenaga kesehatan
 - a. Dewan Perwakilan Rakyat (DPR): sebagai pembahas dan mengesahkan peraturan perundangan dan kebutuhan anggaran dalam pelaksanaan pengembangan tenaga kesehatan.
 - b. Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat (Kemenduk): mengkoordinasikan dan menyalurkan peran dan kontribusi semua pemangku kepentingan dalam pengembangan tenaga kesehatan.
 - c. Kementerian Keuangan (Kemendagri): mengupayakan ketersediaan anggaran untuk mendukung pengembangan tenaga kesehatan.
 - d. Kementerian Dalam Negeri: mengkoordinasikan dan melakukan pembinaan terhadap Pemerintah Daerah dalam pengembangan tenaga kesehatan di daerah, baik di provinsi maupun kabupaten/kota.
2. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan
 - a. Kementerian Kesehatan (Kemendiknas): mengkoordinasikan dan melaksanakan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, baik jumlah maupun jenisnya guna penyelenggaraan pembangunan kesehatan dan pelayanan kesehatan bagi rakyat.
 - b. Kemendiknas juga melaksanakan dan mengkoordinasikan penyusunan kebijakan dan NSPK (norma, standar, prosedur dan kriteria) pengembangan tenaga kesehatan yang meliputi perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.
 - c. Sektor lainnya dalam pemerintahan termasuk TNI/POLRI, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota, serta swasta memberikan masukan dan usulan kebutuhan tenaga kesehatan.
 - d. Sektor lainnya dalam pemerintahan termasuk TNI/POLRI dan Pemerintah Daerah serta swasta memberikan masukan dalam penyusunan kebijakan dan NSPK (norma, standar, prosedur dan kriteria) pengembangan tenaga kesehatan yang meliputi perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.
3. Pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan
 - a. Kementerian Pendidikan Nasional (Kemendiknas) : mengkoordinasikan dan bertanggung jawab dalam pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan, baik jumlah maupun jenisnya sesuai dengan kebutuhan tenaga kesehatan untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan dan pelayanan kesehatan bagi rakyat.

- b. Kemendiknas juga melaksanakan dan mengkoordinasikan penyusunan kebijakan dan NSPK (norma, standar, prosedur dan kriteria) pengembangan tenaga kesehatan yang menyangkut pengadaan/ pendidikan tenaga kesehatan.
- c. Kemendiknas melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap institusi pendidikan tenaga kesehatan, termasuk pengaturan dalam perizinan pembukaan institusi pendidikan dan program studi tenaga kesehatan.
- d. Kemenkes memberikan rekomendasi teknis sesuai bidangnya dalam pemberian izin pembukaan institusi pendidikan dan program studi tenaga kesehatan kepada Kemendiknas. Kemenkes melakukan koordinasi dalam penyusunan standar pelayanan kesehatan, yang dapat dipergunakan sebagai acuan dalam penyusunan standar kompetensi dan standar pendidikan tenaga kesehatan.

4. Pendayagunaan tenaga kesehatan

- a. Kemenkes memfasilitasi rekrutmen tenaga kesehatan yang dilakukan oleh semua pemangku kepentingan pengembangan tenaga kesehatan, baik pemerintah secara lintas sector termasuk TNI/POLRI dan masyarakat termasuk swasta.
- b. Kemendagri melakukan pembinaan terhadap pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota dalam distribusi dan pemanfaatan tenaga kesehatan di daerah.
- c. Kemenkes dan Kemennakertrans bekerja sama dalam rangka pendayagunaan tenaga kerja kesehatan Indonesia (TKKI) untuk pemenuhan permintaan tenaga kesehatan dari luar negeri.
- d. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (Kempan-RB) berkoordinasi dengan Badan Kepegawaian Negara (BKN) dalam penyediaan formasi Pegawai Negeri Sipil (PNS) untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan.
- e. Semua pemangku kepentingan dalam pengembangan tenaga kesehatan, baik pemerintah secara lintas sektor termasuk TNI dan POLRI dan swasta sebagai pengguna tenaga kesehatan, melaksanakan pengembangan karir tenaga kesehatan termasuk "*continuing professional development*".

5. Pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan

- a. Kemenkes bekerjasama dengan KKI, KFN, MTKI, organisasi profesi kesehatan, asosiasi institusi pendidikan tenaga kesehatan dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan melaksanakan pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.

- b. Kemenkes bekerjasama dengan Kemennakertrans melakukan pembinaan dan pengawasan mutu TKKI dan pengawasan terhadap TKWNA.
- c. Kemendiknas bekerjasama dengan Kemenkes, KKI, KFN, MTKI, organisasi profesi kesehatan, asosiasi institusi pendidikan tenaga kesehatan dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap institusi pendidikan tenaga kesehatan melalui kegiatan akreditasi.

C. KERJASAMA INTERNASIONAL

Kerjasama internasional dalam pengembangan tenaga kesehatan dapat dilaksanakan dalam pengadaan/pendidikan tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.

Kerjasama internasional dalam pendidikan tenaga kesehatan dapat dilakukan antara institusi pendidikan tenaga kesehatan di Indonesia dengan institusi pendidikan tenaga kesehatan di Negara lain, dengan koordinasi Kementerian Pendidikan Nasional.

Kerjasama internasional dalam pendayagunaan tenaga kesehatan, utamanya dalam pengiriman TKKI ke negara lain, diupayakan dalam kerjasama antar pemerintahan (*Government to Government*). Dalam hal ini Kemenkes berkoordinasi dengan Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Kemennakertrans) dalam melakukan kerjasama dengan negara lain. Kerjasama ini perlu mencakup pula pembinaan dan pengawasan mutu TKKI yang bekerja di luar negeri.

D. SUMBER DAYA PENGEMBANGAN TENAGA KESEHATAN

Dalam penyelenggaraan pengembangan tenaga kesehatan diperlukan sumber daya yang memadai, utamanya sumber daya manusia, sistem informasi tenaga kesehatan dan pembiayaan serta sumber daya lainnya.

Khusus untuk pengadaan sistem informasi tenaga kesehatan meliputi: a) pengelolaan sistem informasi tenaga kesehatan; b) pelaksanaan sistem informasi tenaga kesehatan yang meliputi data, informasi dan indikator, sumber data dan pengumpulan, pengolahan, penyajian serta analisa data dan informasi tenaga kesehatan; d) pengembangan dan peningkatan sistem informasi tenaga kesehatan; serta e) peningkatan produk, desiminasi dan penggunaan data dan informasi tenaga kesehatan.

Semua pemangku kepentingan dalam pengembangan tenaga kesehatan mengupayakan ketersediaan sumber daya termaksud untuk melaksanakan kegiatan, peran dan kontribusinya dalam pengembangan tenaga kesehatan.

BAB X

P E N U T U P

Tujuan pembangunan kesehatan hanya dapat dicapai apabila didukung oleh tersedianya tenaga kesehatan yang memadai baik jumlah, jenis maupun mutunya. Pengembangan tenaga kesehatan yang meliputi Perencanaan, pengadaan, pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasan mutu adalah merupakan suatu rangkaian yang bertujuan untuk mendukung suksesnya pembangunan kesehatan secara nasional.

Penyusunan rencana pengembangan tenaga kesehatan tahun 2011 – 2025 merupakan rencana jangka panjang dengan maksud memberikan arah dan acuan bagi seluruh pemangku kepentingan dalam pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan secara komprehensif dan menyeluruh. Dengan disusunnya rencana pengembangan tenaga kesehatan ini diharapkan dapat mewujudkan sinergisme dan upaya yang saling mendukung serta melengkapi antara pemerintah, masyarakat termasuk swasta yang memiliki kepentingan terhadap pengembangan tenaga kesehatan.

Dalam pelaksanaannya seluruh pemangku kepentingan perlu memegang teguh prinsip-prinsip yang tertuang dalam dokumen ini sesuai dengan tugas dan fungsinya, tetapi juga harus realistis disesuaikan dengan kemampuan sumberdaya manusia, ketersediaan dana maupun sumberdaya lainnya, serta kondisi lingkungan.

Keberhasilan dari rencana pengembangan tenaga kesehatan ini sangat dipengaruhi oleh kompetensi dan komitmen dari masing-masing pemangku kepentingan, karena hal ini merupakan suatu mata rantai sistem dimana apabila salah satu komponen pemangku kepentingan tidak melaksanakan tugas dan fungsinya akan berpengaruh terhadap sistem secara keseluruhan.

Rencana pengembangan tenaga kesehatan ini disusun dengan segala keterbatasan yang masih memerlukan penyempurnaan lebih lanjut sesuai perkembangan situasi dan kondisi di lapangan dan akan dievaluasi secara berkala.

KEPUSTAKAAN

1. Republik Indonesia, Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 Tentang Pokok-Pokok Kepegawaian.
2. Republik Indonesia, Undang-Undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.
3. Republik Indonesia, Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
4. Republik Indonesia, Undang-Undang No. 17 Tahun 2007 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025.
5. Republik Indonesia, Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
6. Republik Indonesia, Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
7. Peraturan Pemerintah RI No. 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan.
8. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2010 Tentang Administrasi Prajurit Tentara Nasional Indonesia.
9. Peraturan Presiden Republik Indonesia, No. 5 Tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014.
10. Peraturan Menteri Pertahanan Nomor: Per/22/M/XII/2007 Tentang Strategi Pertahanan Negara.
11. Peraturan Menteri Pertahanan Nomor: Per/24/M/XII/2007 Tentang Postur Pertahanan Negara.
12. Peraturan Menteri Pertahanan Nomor 12 Tahun 2009 Tentang Ketentuan Tugas Belajar Perguruan Tinggi di Luar Lembaga Pendidikan Di luar Lembaga Pendidikan Departemen Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia Bagi Anggota Tentara Nasional Indonesia Dan Pegawai Negeri Sipil.
13. Peraturan Menteri Pertahanan Nomor 16 tahun 2010 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Pertahanan RI.
14. Peraturan Menteri Kesehatan No. 340/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
15. Keputusan Menteri Pertahanan Keamanan Nomor : Kep/05/V/1996 Tentang Pokok-Pokok Pembinaan Pegawai Negeri Sipil Departemen Pertahanan Dan Keamanan Dan Angkatan Bersenjata Republik Indonesia Sebagaimana Telah Dirubah Dengan Peraturan Menteri Pertahanan Nomor 09 Tahun 2009 Tentang Pokok-Pokok Pembinaan Pegawai Negeri Sipil Departemen Pertahanan.
16. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 850/Menkes/SK/V/2000 Tentang Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2000-2010.
17. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 81/Menkes/SK/I/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit.
18. Surat Keputusan Menteri Pertahanan RI Nomor : SKEP/88/89/XII/2007 Tentang Sistem Kesehatan Pertahanan Negara.
19. Surat Keputusan Menteri Pertahanan RI Nomor : SKEP/89/89/XII/2007 Tentang Postur Kesehatan Pertahanan Negara tahun 2007-2017.
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 375 Tahun 2009 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025.
21. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 374 Tahun 2009 Tentang Sistem Kesehatan Nasional.

22. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK 03.01/160/1/2010 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014.
23. Keputusan Menteri Kesehatan No. 161/2010 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.
24. Kementerian Kesehatan, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014, Revisi 22 November 2010, Jakarta 2010.
25. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 267 Tahun 2010 Tentang Penetapan Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat.
26. Kementerian Kesehatan, Rencana Aksi Program, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Tahun 2010-2014.
27. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Badan Pusat Statistik, United Nations, Population Fund, Proyeksi Penduduk Indonesia 2000-2025, Jakarta 2005.
28. Kepustakaan dari Kemenkokesra
29. Kepustakaan dari Kemendagri
30. Kepustakaan dari Kemendiknas
31. Kepustakaan dari Polri
32. Hapsara, Health Manpower Projections: the Indonesian Experiences, World Health Statistics, Quarterly, World Health Organization, Geneva, 1984.
33. Frenk, Julio, Linclon Chen, Zulfiqar A. Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, et al. 2010. Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health System in an Interdependent World, Education of Health Professionals For The 21st Century: A Global Independent Commissions, The Lancet 376(9756): 1923-1858.
34. World Health Organization, The World Health Report 2006, Working Together for Health, Geneva, 2006.
35. Resolution WHA 64.6 on Health Workforce Strengthening, Geneva, 2011.
36. Resolusion WHA 64.6 on Strengthening National Policy Dialogue to Build More Robust Health Policies , Strategies and Plans, Geneva, 2011.